Nr. 18. 3. maja 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. Marjan GIESZCZYKIEWICZ, prof. U. J., b. kier. Oddz. Wyrobu surowic P. Z. H.

Dr. Józef KOSTRZEWSKI, doc. Uniw Jagiell., prym. Oddz. Kraków.

Surowica przeciwczerwonkowa w Pracowni a w Klinice.

Z Instytutu Weterynarji i Medycyny Doświadczalnej Uniw. Jagiell. — Państw. Zakład Higjeny, Filja w Krakowie i z Oddz. chorób zakaźnych szpitala św. Łazarza w Krakowie.

1. Uwagi wstępne. Część pracowniana. (Gieszczykiewicz).

Surowicę przeciwczerwonkową stosuje się w celach leczniczych u ludzi niemal tak dawno, jak dawno znane są bakterje czerwonki. Już ich odkrywca, Shiga (1), wkrótce po ich wyosobnieniu sporządzał surowicę przeciwczerwonkową i stosował ją na szeroką skalę, a za nim poszli inni i wymienić możnaby cały długi szereg publikacyj o surowicy przeciwczerwonkowej, rozmaitych autorów i z rozmaitych krajów.

Wśród lekarzy, którzy swoje spostrzeżenia o działaniu leczniczem tej surowicy, ogłosili, większość widziała wyniki korzystne, nie brak jednakże i sceptyków. Korzystny wpływ surowicy widział przedewszystkiem sam Shiga, którego pierwsza statystyka podaje śmiertelność u leczonych surowicą na 10.8% przy śmiertelności 35.4% u nieleczonych; korzystne wyniki mieli Rosenthal (5) w Rosji i lekarze, którzy jego surowicę stosowali i spostrzegali spadek śmiertelności do połowy w stosunku do nieleczonych surowicą. Vaillard i Dopter (2) we Francji mieli śmiertelność 1.3% na 512 przypadków spostrzeganych w ciągu kilku lat, pomimo, że wielu chorych przedstawiało obraz kliniczny bardzo ciężki i zdaniem autorów bez surowicy nie dałoby się ich ratować.

Niepodobna przytaczać wszystkich prac; chciałbym tylko zwrócić uwagę na korzystne wyniki uzyskane w roku 1915 w wojskowym szpitalu zakaźnym w Łobzowie pod Krakowem (3) przez stosowanie surowicy na dużym materjale klinicznym. Spostrzeżenia te, w których zebraniu i zestawieniu brałem udział, nie mogły być dotąd ogłoszone w żadnem polskiem czasopiśmie, dlatego chciałbym je tu pokrótce omówić.

Śmiertelność ogólna z czerwonki w szpitalu wynosiła wtedy 1.96% (6 zgonów na 305 chorych). Na 216 leczonych surowicą były trzy przypadki śmierci (1.4%), przyczem we wszystkich tych trzech przypadkach przyczyną śmierci były powikłania, na które surowica zadziałać nie mogła, mianowicie w jednym zgorzel płuc, w drugim zapalenie płuc, w trzecim chodziło o mieszane zakażenie czerwonką i durem brzusznym. W niepowikłanych przypadkach nie było ani jednego zejścia śmiertelnego, zatem była to statystyka niezmiernie korzystna. Przytem więcej niż w połowie przypadków leczonych surowicą rozpoznanie opierało się nietylko na objawach klinicznych, lecz było stwierdzone także bakterjologicznie, przyczem znów w połowie blisko (47.6%) przypadków bakterjologicznie stwierdzonych znaleziono bakterje typu Shiga. Stosowano surowicę wiedeńską (*Serotherapeut. Institut.*) i krakowską (Zakład prof. Bujwida); różnicy między niemi nie zauważono. Wstrzykiwano surowicę podskórnie w dawkach 20—40 cm^3 *pro dosi*, w ciężkich przypadkach dawki te powtarzano wielokrotnie w ciągu tygodnia, dochodząc czasem do 200 cm^3 u jednego chorego.

Jedna jest tylko słaba strona tej statystyki, mianowicie ta, że na rozkaz władz wyższych musiano stosować surowicę w każdym cięższym przypadku, nie można było więc przeciwstawiać sobie przypadków leczonych i nieleczonych surowicą, tak, że wniosek, że przyczyną tak niskiej śmiertelności była surowica, a nie n. p. łagodny charakter epidemji trzeba było oprzeć na zestawieniu statystyki łobzowskiej ze statystyką innych szpitali wojskowych oraz ze statystyką u ludności cywilnej, a takie porównanie nie uwzględniało oczywiście różnych innych czynników, które tu prócz surowicy działać mogły.

Nie wszyscy jednak autorowie mieli wyniki równie korzystne. Już Kruse (cyt. według Doptera) widział zmniejszenie się śmiertelności pod wpływem surowicy tylko nieznaczne, bo z 11 na 8%, z polskich autorów Piotrowski, Rozmarin, Gryglewicz i Szokalski (cyt. według Nitscha) (4) mieli również wyniki niezbyt korzystne. Kiedy poczęto zestawiać te różne wyniki ze sobą, pierwszym logicznym wnioskiem, który się nasuwał, było pytanie, czy te różne wyniki nie zależą od różnych rodzajów surowic. Może pierwsi autorowie mieli dlatego dobre wyniki, że wstrzykiwali dobrą surowicę, a inni złe, bo stosowali przetwory bezwartościowe.

Myśl tę podnosi między innymi Nitsch (4) podając że, gdy stosował równolegle surowicę wiedeńską i krakowską, to po jednej z nich widział wspaniałe wyniki, po drugiej zaś znacznie gorsze.

Z tych rozważań wypływał praktyczny wniosek, że należy wartość surowicy przeciwczerwonkowej oznaczać w jakiś jednolity sposób. Przed wojną bowiem kontrola państwowa surowic (tam, gdzie istniała) ograniczała swe wymagania odnośnie do surowicy przeciwczerwonkowej jedynie do żądania nieszkodliwości tak, jak dziś jeszcze od surowic niektórych, jak n. p. przeciwpaciorkowcowej, domagamy się jedynie, żeby nie zawierały szkodliwych dla zdrowia składników.

O ile surowicę przeciwbłoniczą i przeciwtężcową od początku niemal wytwarza się wszędzie zasadniczo w ten sam sposób, to znaczy konie uodparnia się toksynami t. j. jadami przez te bakterje wydzielanemi, a mianuje się je także zasadniczo w ten sam sposób, to znaczy określa się ich wartość przeciwjadową, o tyle przy surowicy przeciwczerwonkowej do dziś dnia stosuje się różne sposoby wytwarzania i różne sposoby jej mianowania.

Surowicę przeciwczerwonkową uzyskuje się przez szczepienie koni bądź przesączami hodowli buljonowych (toksynami), bądź bakterjami żywemi lub zabitemi, bądź wreszcie wyciągami z bakteryj. By zorjentować się co do wartości surowicy stosowano najczęściej oznaczanie miana przeciwjadowego i to bądź na królikach (Rosenthal 5) Schottelius (6), bądź na myszkach białych (Kolle i jego współpracownicy (7, 8), Dopter (2). Proponowano również oznaczanie wartości przeciwzakaźnej surowicy (Kraus i Doerr [9]), oznaczanie wartości bakterjolitycznej (Kraus, Kruse, Vaillard i Dopter), oznaczanie wartości aglutynacyjnych (Bujwid 10).

Rozbieżność metod utrudnia niezmiernie kontrolę preparatów, bo też Komitet Higjeny Ligi Narodów podjął w ostatnich czasach inicjatywę celem ujednostajnienia międzynarodowego oznaczania wartości surowic leczniczych i przydzielił tematy z tego zakresu rozmaitym instytucjom w różnych państwach do opracowania. Sprawa oznaczania miana surowic przeciwczerwonkowych została przydzielona Polsce t. j. Państwowemu Zakładowi Epidemjologicznemu obecnie Państw. Zakładowi Higjeny i była opracowywaną zarówno w centrali Zakładu w Warszawie przez Hirszfelda, Przesmyckiego, Seydlównę i Sierakowskiego (11) jak w Filji krakowskiej przez Gieszykiewicza i Lipińskiego (12). Równolegle był ten sam temat opracowywany także w innych państwach, a wyniki tych prac zostały przed-

stawione na międzynarodowej konferencji w Paryżu w listopadzie 1923 r.

Rezultaty konferencji dotyczące surowic przeciwczerwonkowych były w krótkości następujące: Wszyscy zgodzili się na to, że miarą wartości leczniczej surowicy przeciwczerwonkowej nie może być ani miano zlepne, ani miano bakterjobójcze, ani zdolność uodpornienia biernego zwierząt, lecz jedynie miano przeciwjadowe, gdyż da się ono stosunkowo najdokładniej oznaczyć i ustalić, a ponadto wartość lecznicza surowicy zależy najprawdopodobniej od zawartości w niej antytoksyn. Dyskutowano sprawę techniki oznaczenia miana przeciwjadowego, więc zastanawiano się nad sprawą sporządzania toksyn wzorcowych (standardowych), czy używać przesączów hodowli buljonowych, czy wyciągów z bakterji, nad kwestją pożywek, a przedewszystkiem dyskutowaną była kwestja zwierzęcia nadającego się do tego rodzaju oznaczań, przyczem zastanawiano się czy badać surowice na królikach czy na myszkach białych.

Sprawę niezmiernie ważną, mianowicie czy to, co stwierdzimy na myszce, czy na króliku, da się przenieść bez zastrzeżeń na człowieka, prawie pominięto. Większość uczestników konferencji uznała a priori sprawę korzystnego działania surowic czerwonkowych na przebieg czerwonki za załatwioną i nie siliła się na poparcie jej świeżemi dowodami. Jedynie Shiga (13) przytoczył tabele statystyczne dość ogólnikowo zestawione. Podnoszono natomiast konieczność spostrzegań klinicznych w przypadkach seroterapji czerwonki wywoływanej przez szczepy fermentujące mannit.

Badania zależności wartości leczniczej surowicy od jej miana antytoksycznego nikt się nie podjął, a przecież jest to rzecz zasadniczej wagi. Już z góry można było przypuścić, że zależność ta zbyt ścisła nie będzie. O ile prawo stosunków stałych i wielokrotnych z niewielkiemi zastrzeżeniami da się zastosować do surowicy przeciwbłoniczej i przeciwtężcowej, o tyle nie stosuje się ono tak ściśle do surowicy przeciwczerwonkowej. Jeżeli pewna ilość n. p. 2 mg. surowicy wystarcza do zobojętnienia 5 d. l. (najmniejszych dawek śmiertelnych) jadu czerwonkowego, to należałoby się w myśl wyżej wspomnianego prawa spodziewać, że do zobojętnienia 50 d. l. wystarczy 20 mg. surowicy, tymczasem eksperyment wykazuje, że tak nie jest, lecz że do zobojętnienia 50 d. l. potrzeba znacznie więcej, niż 20 mg. surowicy. I dlatego, o ile przy mianowaniu surowicy przeciwbłoniczej, dawka toksyny używanej do mianowania (L+) wynosi około 100 d. l., przy surowicy przeciwtężcowej idzie w tysiące d. l., to przy mianowaniu surowicy przeciwczerwonkowej operujemy dawką zwykle 5 d. l. najwyżej 10 d. l., przy większych dawkach jadu otrzymujemy już wyniki niestałe, a któż wie, ile tej toksyny bakterje w ustroju ludzkim wytwarzają. Jeżeli wstrzykniemy surowicę przeciwczerwonkową nie razem z jadem, lecz najpierw jad, a zaraz potem (po 90 sek.) surowicę, to okaże się (Doerr 14), że do zobojętnienia nie wystarczy dawka surowicy nawet 1000 razy większa, od tej, która zmieszana *in vitro* wystarczała do zobojętnienia tej samej dawki jadu.

Zresztą zadaniem surowic jest leczenie ludzi chorych, ostatnią instancją w ocenie wartości surowic powinien być zatem klinicysta. Podjęliśmy się więc próby wykazania równoległości między mianem przeciwjadowem i innemi własnościami surowic dającemi się określić w pracowni, a jej działaniem leczniczem. Plan pracy był następujący: Jeden z nas jako kierownik zakładu wyrobu surowic wybrał kilka surowic i oznaczywszy je literami porządkowemi alfabetu względnie cyframi przesłał je drugiemu, który jako prymarjusz oddziału zakaźnego stosował je u chorych. Dla uniknięcia wszelkiej sugestji klinicysta stosując surowice nie wiedział nic o nich, dopiero po zamknięciu cyklu obserwacyj schodziliśmy się razem i ja podawałem kol. Kostrzewskiemu szczegóły dotyczące surowic, a on mnie swoje spostrzeżenia na chorych.

W r. 1923 użyto 6 surowic. Własności ich ilustruje poniższa tablica. Jej rubryka pierwsza oznacza sygnaturę, druga rodzaj surowicy. Widzimy zatem, że obok 5 surowic przeciwczerwonkowych użyto także surowicy przeciwtężcowej jako kontroli (zamiast normalnej) Trzecia rubryka oznacza sposób uodparniania, przyczem B oznacza, że koń otrzymywał injekcje bakterji czerwonkowych, T — przesączów buljonowych (toksyn) B + T był szczepiony naprzemian bakterjami i toksynami, W. B. zastrzykiwano mu wyciągi z bakterji (bądź wodne, bądź w roztworze fizjologicznym) dalsza rubryka wskazuje datę upustu krwi. Następna rubryka (miano przeciwjadowe) wskazuje ilość surowicy w cm³ wystarczającą do zobojętnienia 5 najmniejszych dawek śmiertelnych toksyny czerwonkowej typu Shiga. Mianowanie przeprowadzano w ten sposób, że różne dawki surowicy mieszano z tą samą ilością jadu czerwonkowego, mieszaniny wstawiano do cieplarki na pół godziny, potem zastrzykiwano zwierzętom. Litera M lub K przy mianie wskazuje, czy mianowanie przeprowadzano na myszce, czy na króliku. Miano zlepne wskazuje w jakiem rozcieńczeniu surowica wykazywała dodatni odczyn aglutynacyjny z zawiesiną bakterji typu Shiga. Dalej idzie data mianowania. Rubryka K. P. oznacza kontrolę państwową, znak: + surowica została uznaną przez Państwowy Zakład Badania Surowic w Warszawie, znak: — surowica nie została uznaną przez P. Z. B. S. lub też (surowica D) nie była przez ten zakład badana. Ostatnia rubryka podaje datę kontroli państwowej.

Wszystkie surowice czerwonkowe były skierowane przeciwko *bact. dysent.* typu Shiga, przyczem konie, które dostarczyły surowic F. G. i H. były uodparniane wyłącznie

TABLICA 1[1]).

Znak	Rodzaj surowicy	Uodp.	Data upust. krwi	Miano przeciwjadowe	Miano zlepne	Data badania	K. P.	Data K. P.
C	Czerwonk.	B + T	22. XI. 1922.	0.00025 M	1:10.000	30. I. 1923.	+	25. IV. 1923.
D	Tężcowa		15. IV. 1921.				—	
E	Czerwonk.	B + T	24. V. 1922.	0.003 K		26. III. 1923.	—	29. V. 1923.
F	»	B	6. VII. 1922.	0.00003125 M	1:1000	30. I. 1923.	+	25. IV. 1923.
G	»	W B	1. VI. 1922.	0.002 K	1:10.000	»	+	22. V. 1923.
H	»	T	27. III. 1922.	0.001 K	1:200	sierpień 1922.	+	28. VIII. 1922.

[1]) W oznaczaniu miana surowic korzystałem z współpracy kol. Lipińskiego, z którym opracowywałem ten temat dla Ligi Narodów.

bakterjami względnie jadami bakterji typu S h i g a, zaś surowice C. i E. były wieloważne, to znaczy, konie obok bakterji typu S h i g a otrzymywały zastrzykiwania także bakteryj czerwonkowych atoksycznych, więc Flexner, Y i t. p. Każda surowica pochodziła od jednego tylko konia, surowica G. od muła. Jak widzimy były tam surowice otrzymane różnemi metodami. Były surowice koni uodparnianych przesączami buljonowemi, bakterjami, wyciągami bakteryjnemi.

Jak z tablicy tej, jak również z licznych spostrzeżeń moich wynika, podawanie przesączów buljonowych nie jest koniecznym warunkiem powstawania antytoksyn we krwi konia i błędnem jest spotykane czasem w piśmiennictwie mniemanie, jakoby surowice koni szczepionych toksynami (przesączami buljonowemi) były antytoksyczne, a koni szczepionych bakterjami antibakteryjne, gdyż w naszym przypadku najwyższe miano antitoksyczne (0.00003125 cm³ = 1/32.000 cm³ miała surowica konia uodparnianego wyłącznie bakterjami (hodowlami agarowemi zawieszonemi w rozczynie fizjologicznym) początkowo zabitemi później żywemi. Obok surowic o wysokiem mianie przeciwjadowem (surowica F. wykazywała zawartość antitoksyn 32 razy wyższą, niż minimum wymagane przez kontrolę państwową w Niemczech) były surowice o mianie niższem, aż do surowicy E, która została przez kontrolę państwową (P. Z. Bad. Sur. w Warszawie) odrzuconą jako zawierająca za mało antitoksyn, była wreszcie surowica przeciwtężcowa, zatem w odniesieniu do czerwonki nieswoista. Surowice leżały w zakładzie wytwórczym przeważnie przeszło rok, mianowane były z wyjątkiem jednej w tym samym roku, w którym je stosowano u chorych, kontroli państwowej były poddane przeciętnie na 3 miesiące przed stosowaniem u chorych.

II. Leczenie surowicą chorych na czerwonkę w r. 1923 (K o s t r z e w s k i).

W czasie od ostatnich dni czerwca, do pierwszych dni października 1923 r. leczono 57 chorych na czerwonkę. O rozpoznaniu choroby rozstrzygały objawy kliniczne, więc ilość a przedewszystkiem jakość wypróżnień, więc więcej niż dwa stolce na dobę, zawierające śluz, krew, ropę, względnie jeden z tych trzech składników. Nie opierano rozpoznania czerwonki na wyniku badań bakterjologicznych i serologicznych, bo jak wiadomo, dodatnie wyniki otrzymuje się często w niewielkim odsetku, mimo, że ani klinicznie, ani epidemjologicznie czerwonka nie ulega wątpliwości. Ale dla określenia jakości szczepu czerwonkowego — rzecz pierwszorzędnej wagi w leczeniu surowicą — przeprowadzono u naszych chorych, z wyjątkiem sześciu (10.52%), u których rozbiorów nie wykonano, następujące badania: U 46 chorych badano bakterjologicznie stolec i u 9 z nich, czyli w 19.56% wyhodowano *bact. dysenteriae* typu S h i g a. U 43 chorych badano krew na własności aglutynacyjne i u 4 (9.8%) stwierdzono aglutyniny na *bact. dysent.* S h i g a (miano 1/100, aglutynacja gruboziarnista). Wreszcie u 36 chorych szczepiono krew na pożywki i z krwi dwu chorych (5.55%) wyhodowano *bact. dysent.* również typu S h i g a. Jakkolwiek otrzymano wyniki dodatnie tylko z *b. dysent.* S h i g a, to jednak badania bakterjologiczne i serologiczne prowadzono zawsze nietylko w kierunku typu S h i g a, lecz także typów Flexnera i Y.

Z przytoczonych szczegółów dotyczących ilości i jakości przeprowadzonych badań, domyśleć się łatwo, że obok chorych, u których wykonano wszystkie 3 rodzaje badań, byli także chorzy u których wykonano nie 3, ale 2 względnie tylko jeden z wyliczonych sposobów rozbiorów. Co się zaś tyczy dodatnich wyników, to nie było ani jednego chorego, u któregoby wszystkie 3 rodzaje badań wypadły dodatnio, było natomiast trzech chorych, u których wyhodowano bakterje czerwonkowe ze stolca, a we krwi stwierdzono aglutyniny, zresztą zaś otrzymano dodatni wynik tylko jednego badania n. p. dodatnią hodowlę z krwi, podczas gdy inne badania, więc w danym przypadku bakterjologiczne badanie kału, a serologiczne (surowicy) krwi wypadły ujemnie. W ten sposób dodatni wynik wszystkich trzech rodzaji rozbiorów przypada na 12 chorych, co stanowi 21,05% ogólnej ilości leczonych.

Dziewiętnastu z pośród 59 chorych, leczono surowicą. Stosowano 6 surowic, które, jak z tablicy 1. wynika, różniły się jedna od drugiej pod względem jakości i ilości przeciwciał, powinny były zatem w myśl prawideł swoistości przedstawiać różne własności lecznicze. O tych ściśle swoistych, bo od jakości i ilości przeciwciał zależnych własnościach leczniczych miały przekonać wyniki uzyskane na chorych. Surowice uprzednio wymiareczkowane przez G i e s z c z y k i e w i c z a w pracowni miały przejść obecnie tę samą próbę w klinice. Aby przytem (przy łóżku chorego) postępować bezstronnie, stosowałem je nie znając własności, jakie przedstawiały *in vitro* i w doświadczeniach na zwierzętach, a dowiedziałem się o nich dopiero po ukończeniu spostrzeżeń klinicznych. U chorych naszych stosowano surowice dożylnie. Wyjątek stanowią dwaj chorzy — u których wstrzyknięto surowicę śródmięśniowo, bo jej się dożylnie wstrzyknąć nie udało. Chorzy otrzymywali surowicę jednorazowo. Dawka u dorosłych wynosiła do 100 cm³, u dzieci 25—50 cm³. Lecznicze działanie surowicy oceniano według długości trwania czerwonki, długość zaś trwania czerwonki określano według ilości i jakości stolców. Okres zdrowienia liczono od dnia, w którym na dobę było nie więcej, jak 2 wypróżnienia choćby papkowate, ale bez śluzu, krwi i ropy przy oglądaniu stolca gołem okiem. Surowice wstrzykiwano dożylnie w tym celu, aby przeciwciała mogły się jak najszybciej rozejść po ustroju. Skutek leczniczy mierzono wyłącznie zachowaniem się wypróżnień dlatego, bo w ten sposób posługiwano się objawem najlepiej cechującym czerwonkę i objawem ściśle przedmiotowym. Po tych wstępnych uwagach podajemy szczegóły dotyczące spostrzeżeń poczynionych u chorych (patrz tablica II.).

Dla ścisłości dodaję, że u M. Pt. czerwonka była *in individuo cum infiltratione apic. utriusque.* W Sz. był pięć tygodni przed wystąpieniem czerwonki operowany z powodu *osteomyelitis acuta femoris.* Po wyleczeniu czerwonki przewieziono go z powrotem na oddział chirurgiczny z raną na wygojeniu. U. P. G. stwierdzało się obok czerwonki *infiltratio apicum.* Zresztą u innych chorych obok czerwonki nie było żadnych innych schorzeń.

Z opisu własności surowic widać, że pięć z nich t. zn. wszystkie z wyjątkiem surowicy »D« nastawione były na *bact. dysent.* S h i g a (dwie z nich prócz tego także i na inne typy). Z badań bakterjologicznych i serologicznych znowu wynika, że w przypadkach czerwonki szło o bact. S h i g a. Tych 5 zatem surowic w użyciu u naszych chorych miało znaczenie surowic swoistych. Na podstawie spostrzeżeń zebranych u tych chorych nie chcę jednak wyrokować o własnościach leczniczych każdej surowicy z osobna, a to z powodu zbyt skąpej ilości przypadków. Zagadnienie więc, jaki zachodzi związek między własnościami surowicy *in vitro* i w doświadczeniach na zwierzętach z jednej, a między wartością jej w zastosowaniu u chorych z drugiej strony, pozostaje bez odpowiedzi. Można natomiast zebrać tych 19 chorych leczonych 6 surowicami w jednę, a chorych, u których surowic nie stosowano w drugą grupę i porównać jak czerwonkę przechodzili pierwsi, a jak drudzy. Tych drugich było 2 razy więcej niż pierwszych.

Między leczonymi, u których surowic nie stosowano, był jeden, u którego nie wiadomo z powodu braku wywiadów, jak długo czerwonka trwała. Tego chorego nie uwzględniano przy obliczaniu długości trwania choroby. Co do badań bakterjologiczno-serologicznych u chorych, u których obliczono długość trwania czerwonki, podaję, że otrzymano wyniki dodatnie w dwu przypadkach, a mianowicie u jednego chorego wyhodowano *bact. dysent.* S h i g a ze stolca, u drugiego zaś z krwi, własności aglutynacyjnych nie stwierdzono u żadnego chorego. U omawianych chorych obok czerwonki nie stwierdzono żadnych innych schorzeń.

Zarówno w pierwszej, jak w drugiej grupie zmarło po trzech chorych. Że surowica nie miała wpływu leczniczego w przypadkach zakończonych śmiercią, tłomaczymy to tem, że ją stosowano w późnym okresie choroby, a ogólne jest zdanie, że surowica tem pewniej działa, im wcześniej się ją stosuje Wiek zmarłych, leczonych surowicą wynosił 22, 48 i 50 lat, zaś zmarłych, u których surowicy nie stosowano: 3, 66 i 84 lat. Wzmiankę tę o wieku dodaję, dlatego, ponieważ wiadomo, jaki wpływ wiek chorych wywiera na zejście

Tablica II.

Surowica	Chory	Jego wiek	badania bakt.-serol.	surowicę wstrzyknięto w dniu choroby	cm³	czerwonka trwała dni	skończyła się	trwała przeciętnie dni
C	T.H.	3	⊖	10	50	24	W.	14
	H.B.	16	ze stolca	3	80	6	W.	
	K.K.	24	⊖	4	100	6	W.	
	M.K.	29	⊖	7	100	20	W.	
D	T.T.	11	ze stolca, surowica zlepia	3	50	6	W.	13·6
	A.H.	24	⊖	6	100	11	W.	
	J.H.	50	⊖	przypadek przedelły	100	kilka miesięcy	Z.	
	L.B.	50	⊖	7	100	24	W.	
E	W.Ch.	6	ze stolca, surowica zlepia	4	25	28	W.	20·5
	M.Pt.	27	surowica zlepia	6	100	13	W.	
	N.L.	48	z krwi	21	100	23	Z.	
F	J.M.	15	⊖	5	70	10	W.	25·5
	W.Sz.	12	ze stolca	3	50	41	W.	
	W.B.	22	⊖	przypadek przewlekły	100	kilka miesięcy	Z.	
G	J.Ch.	9	ze stolca	3	50	26	W.	31·3
	M.G.	23	ze stolca	4	100	9	W.	
	T.S.	27	⊖	6	90	59	W.	
H	P.G.	23	ze stolca, surowica zlepia	4	100	32	W.	39
	J.G.	40	ze stolca	6	100	46	W.	

z krwi, ze stolca } hodowla b. Shiga Kruse dodatnia.
surowica zlepia b. Shiga Kruse.
⊖ badania bakt.-serologiczne ujemne.

domięśniowo.
dożylnie.
W. = wyzdrowiał.
Z. = zmarł.

w przypadkach ostrych chorób zakaźnych. Nie uwzględniam więc odsetku śmiertelności u jednych, i u drugich chorych, obliczam natomiast przeciętną długość trwania czerwonki u tych, co wyzdrowieli w grupie pierwszej i drugiej według tej samej skali, t. zn. zachowania się jakości i ilości wypróżnień. Przekonujemy się, że przeciętna długość trwania czerwonki u chorych leczonych surowicą wynosi 22·56 dni, zaś u chorych, u których surowicy nie stosowano 17.50 dni.

Porównanie długości trwania czerwonki u leczonych surowicą i surowicą nieleczonych nie świadczy korzystnie o wartości leczniczej naszych surowic. Nie wpływa w niczem na to ujemne zdanie co do skuteczności surowic swoistych ta okoliczność, że w zestawianiu nie wyłączono chorych leczonych surowicą »D«, a więc nieswoistą w odniesieniu do zarazka czerwonki. Nie wpływa zaś dlatego, bo tak się złożyło, że osoby, którym wstrzykiwano surowicę »D« chorowały najkrócej.

Ale odnośnie do surowic swoistych możnaby zauważyć, czy może dlatego w użyciu u chorych okazały się bezskuteczne, że aczkolwiek zawierały swoiste przeciwciała, to jednak w zbyt skąpej ilości, aby te przeciwciała mogły w dostatecznym stopniu zadziałać na czynnik etjologiczny? Jednakże, jak wynika z miareczkowania użytych surowic w pracowni, były między niemi takie, które zawierały znaczną ilość antitoksyn, o wiele większą od minimum wymaganego we wszystkich państwach, gdzie się surowice czerwonkowe miareczkuje. Surowice te były miareczkowane nietylko w zakładzie wytwórczym, lecz także w Państwowym Zakładzie badania surowic w Warszawie. Były także surowice o wysokiem mianie aglutynacyjnem. A zatem zarzut co do zbyt małej zawartości przeciwciał musi odpaść. A już zarzut co do ilości stosowanej surowicy nie wchodzi w rachubę, tembardziej, że surowicę wprowadzano dożylnie w większości przypadków w ilości 100 cm³. A może to tylko pozór, że surowice nie działały? Byłoby tak, gdyby te przypadki, w których stosowano surowice były istotnie cięższe, niż te, u których surowicy nie używano.

Wstrzykiwano bowiem surowice u osób, które robiły gorsze wrażenie, niż inne. Ale nieraz czerwonka zapowiada się groźnie, a mimo to przebiega łagodnie, trwa krótko i kończy się pomyślnie bez względu na sposób leczenia. Czerwonka zaś w roku 1923 miała wogóle przebieg bardzo łagodny.

Chociaż surowice u naszych chorych nie skracały czasu trwania czerwonki, to jednak trzeba przyznać, że w większości przypadków w 24 do 48 godzin po wstrzyknięciu surowicy stan ogólny, a zwłaszcza stan podmiotowy chorych ulegał znacznej poprawie. Spostrzeżenie to przywodzi na myśl zdanie Jochmanna o leczniczej wartości surowicy swoistej u chorych na różę. A mianowicie Jochmann (15) wyraża się nader wstrzemięźliwie o wpływie surowicy swoistej na zmiany miejscowe u chorych na różę, natomiast podnosi korzystne działanie surowicy na stan ogólny. Jochmann tłómaczy fakt ten tem, że z powodu słabego ukrwienia skóry, przeciwciała nie mogą działać miejscowo, zobojętniają natomiast toksyny we krwiobiegu. W ten sposób jednak nie można usprawiedliwić braku działania swoistego surowicy na zmiany miejscowe u chorych czerwonkowych.

Tak więc na podstawie przytoczonych spostrzeżeń nie mogę się dopatrzeć swoistego działania surowicy przeciwczerwonkowej na przebieg tej sprawy chorobowej. Przyznać musimy wprawdzie, że ilość spostrzeżeń jest niewielka, jednakże

w r. 1923 większej epidemji czerwonki nie było. Nasz pierwotny plan rozciągał badania na szereg lat, jednakże zwinięcie Państwowego Zakładu wyrobu surowic w Krakowie uniemożliwiło nam dalsze prowadzenie pracy i zmusza nas do opublikowania dotychczasowych wyników bez względu na ich liczbę, która się tylko nieznacznie powiększyła w r. 1924, o czem doniesiemy później.

Piśmiennictwo.

1) Shiga. Deutsche med. Woch. 1901. Nr. 43—45. — 2) Dopter. Les Dysenteries Paris 1909 Doin. str. 126—152. — 3) Scharf, Sokołowska i Gieszczykiewicz. Med. Klinik 1916. Nr. 6. — 4) Nitsch. Szczepionki i surowice I. Warszawa 1921. Gebetner i Wolff str. 550—567. — 5) Rosenthal. Centralbl. f. Bakterjol. I. Abt. Ref. Bd. XXXIV. str. 503. — 6) Schottelius. Med. Klinik. 1908. Nr. 32. — 7) Kolle, Heller i de Mestral. Deutsche med. Woch. 1908. Nr. 19. str. 809. 8) Sachs i Georgi. Med. Klinik 1918. Nr. 25, s. 610. — 9) Kraus i Doerr. Zeitschr. f. Hyg. Bd. 55. s. 1. — 10) Bujwid. Med. Klinik. 1915. Nr. 37. — 11) Hirszfeld, Przesmycki, Seydlówna i Sierakowski. Reports on serological Investigations pres. to the second. internation. Conference on the standardisation of Sera and serological tests. League of. Nations. 1923. str. 127. — 12) Gieszczykiewicz i Lipiński tamże s. 118. — 13) Shiga tamże s. 160. — 14) Doerr tamże str. 78. — 15) Jochmann. Lehrbuch d. Infektionskrankheiten 1914. str. 541.

Dr. Karol ROŻKOWSKI. Częstochowa.

Dusznica bolesna, jako główny zespół objawowy w nietypowych i skrytych postaciach kamicy żółciowej.

Promieniowanie bólu, odczuwanie go na dalekiej przestrzeni po za właściwą podstawą anatomiczną należy do zjawisk pospolitych w cierpieniach narządów wewnętrznych. Na podobieństwo fal, zataczających na powierzchni wody coraz szersze kręgi, rozchodzi się ból ze swego głównego ośrodka i szerzy w rozmaitych kierunkach. Mimo że sposób i zakres promieniowania bólu ulegają dość znacznym wahaniom osobniczym, jednakże dzięki szczególnemu mechanizmowi psychofizjologicznemu, którego istota jest dotąd przedmiotem dociekań i sporów, we wzajemnem terytorjalnem ustosunkowaniu bólów pierwotnych i promieniujących, wtórnych daje się stwierdzić pewna prawidłowość. Tak n. p. w napadzie dusznicy bolesnej chory odczuwa ból w ręce lewej bez porównania częściej, niż w prawej; w napadzie kamicy żółciowej ból szerzy się poprzez klatkę piersiową w kierunku łopatki lub barku, rzadziej na dół w stronę podbrzusza; w kamicy nerkowej rzecz się ma odwrotnie. W ten sposób powstają charakterystyczne zespoły bólowe, które dzięki zachowaniu ścisłej łączności między pierwotnym ośrodkiem bólu a ośrodkami wtórnemi mają nieraz rozstrzygające w rozpoznawaniu znaczenie.

Ale jeżeli przyjmiemy za ogólną zasadę, że promieniowanie bólu u większości ludzi ma mniej więcej określony i stały kierunek, to jednak nie da się zaprzeczyć, że w poszczególnych przypadkach przybiera ono dosyć fantastyczną postać, czasami zatraca nawet swe zasadnicze cechy. Zdarza się bowiem, że schorzenie pewnego narządu nie wywołuje żadnego bólu miejscowego albo też powoduje wrażenia niewyraźne, mgliste, a tymczasem cierpienie przerzuca się gdzieindziej i całą siłą uderza w inną odległą okolicę ciała, w narząd zupełnie zdrowy. Nić, łącząca zwykle główny ośrodek cierpienia z ośrodkami wtórnemi, rwie się całkowicie, wskutek czego daleki ból promieniowany sprawia wrażenie samoistnego i niezależnego. W rzeczywistości jest on objawem wtórnym zastępczym, jest poniekąd równoważnikiem pierwotnego słabo zaznaczonego lub nieobecnego odczynu. Tak więc w sferze odczuwania bólu spostrzegamy nieraz objawy analogiczne ze zjawiskami zastępczemi lub równoważnikami, opisywanemi oddawna w innych dziedzinach patologji (n. p. w miesiączce, padaczce i t. p.). Zważywszy, że upostaciowanie bólu zastępczego może doskonale naśladować samoistne cierpienie pewnego narządu, że czasami towarzyszą mu pewne objawy przedmiotowe, fizyczne, zrozumiemy łatwo, jak trudną w tych razach staje się orjentacja lekarza i ścisłe rozpoznanie choroby. W Anglji podczas ostatniej epidemji hiszpanki, z powodu gwałtownego bólu i wzdęcia brzucha w pierwszym dniu choroby, operowano w niektórych przypadkach wyrostki robaczkowe zupełnie zdrowe, a tymczasem ból brzucha był tylko objawem rozwijającego się skrycie ciężkiego lub beznadziejnego zapalenia płuc. Na tem tle opisywano również objawy, przypominające do złudzenia zapalenie otrzewnej i inne groźne powikłania brzuszne, które na drugi — trzeci dzień mijały bez śladu. Z drugiej strony wiadomo, że w niektórych postaciach przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego bóle i inne dolegliwości mogą być odczuwane wyłącznie w żołądku. Głównym, a czasami jedynym objawem kolki nerkowej i schorzenia miedniczek nerkowych może być bardzo silny ból jąder. W początkowych okresach gruźlicy stawu biodrowego ból odczuwa się przeważnie w kolanie. Odszukanie chorego zęba może sprawić dentyście znaczną trudność, ponieważ chory skarży się na bóle w całej twarzy i głowie.

Nie będę mnożył przykładów, albowiem każdy lekarz łatwo je odnajdzie we własnej praktyce. Sądzę że charakteryzują one dostatecznie pojęcie bólów zastępczych i dowodzą, jak ważnem powinno być ich znaczenie w symptomatologji i rozpoznawaniu chorób. Wychodząc z tego założenia, pozwolę sobie zwrócić uwagę na nieprawidłowe umiejscowienie bólu, spostrzegane czasami w schorzeniach pęcherzyka żółciowego na tle kamicy. Jak przekonałem się osobiście, zamiast charakterystycznego bólu w prawem podżebrzu wystąpić może typowy napad dusznicy bolesnej. Cały obraz choroby sprawia odruchowo wrażenie samoistnego cierpienia serca, co oczywiście wiedzie do ważnych błędów rozpoznawczych, rokowniczych i leczniczych. Opis 2-ch przypadków, spostrzeganych przezemnie w ostatnich kilku latach, przytaczam w krótkości.

Przypadek I. (Spostrzegany wspólnie z kol. Stawnickim). N. N. lekarz, obecnie l. 59. Ojciec umarł w 53 r. życia wskutek choroby serca, matka w 62 r. na nowotwór złośliwy. W młodym wieku chorował na polipy nosa, od tego czasu skłonny do nieżytów tchawicy i oskrzeli, pozatem zawsze zdrowy. Nadużycia w trunkach nie było. Palił bardzo dużo. W r. 1919 nagle wśród nocy dostał gwałtownego bólu w klatce piersiowej, który z większemi i mniejszemi nasileniami trwał kilka godzin zrzędu. Ból umiejscawiał się za mostkiem, promieniował w szyję i wzdłuż wewnętrznej powierzchni obu rąk dochodził do palców. Największe cierpienie sprawiało choremu niezwykle przykre uczucie ściskania szyi oraz b. silny ból za rękojeścią mostka i w palcach. Twarz blada, spocona, oczy zapadnięte i zmienione rysy mówiły o wielkiem cierpieniu chorego. Pewną ulgę sprawiało zginanie i pochylanie tułowia naprzód w postawie siedzącej, prawie nieruchomej. Uczucia lęku śmierci nie było.

Badanie przedmiotowe (po uspokojeniu się bólu) stwierdziło: budowa prawidłowa, odżywienie dobre, skóra wilgotna od potu. Ciepłota 37.3. Tętno 66, prawidłowo napięte, nie miarowe z częstemi przerwami z powodu skurczów dodatkowych serca (*extrasystole*). Ciśnienie krwi pod palcem nie zwiększone. W płucach oddech pęcherzykowy osłabiony, poniżej łopatek z obu stron nieco rzężeń wilgotnych (rozedma). Stłumienie serca przykryte płucem, tony ciche, prawidłowe. Drugi ton nad tętnicą główną trochę mocniejszy. Brzuch nieco wzdęty, na ucisk nie wrażliwy. Z powodu grubości powłok i wzdęcia badanie narządów wewnętrznych utrudnione. W każdym razie nie stwierdzono ani powiększenia wątroby, ani jej bolesności. Mocz prawidłowy, bez białka i cukru. Chory skarży się na odbijanie i uczucie pełności w górnej części brzucha; z tego powodu prosi o przepisanie środka czyszczącego. Na podstawie całego zespołu objawów rozpoznano dusznicę bolesną na tle przypuszczalnego schorzenia tętnic wieńcowych lub tętnicy głównej i zastosowano jod, nitroglicerynę i diuretynę. Wyniki leczenia były niepomyślne. Następnej nocy wystąpił nowy napad bólu, a później powtarzały się one dość często w różnych odstępach czasu, jakkolwiek chory prawie nie opuszczał łóżka. Rzecz charakterystyczna, że napady te występowały przeważnie między godz. 3 i 5 w nocy trwały różnie, po 3—4 godz., kończyły się zawsze obfitemi potami. Nitrogliceryna i azotyny nie wywierały żadnego działania. W przerwach między napadami chory nie odczuwał żadnych dolegliwości w sercu, ale skarżył się czasami na uczucie pełności w brzuchu i brak zupełny łaknienia. Ciepłoty nie mierzono systematycznie, jednakże kilkakrotnie stwierdzono stan podgorączkowy (37.2—37.3°). Uważam za konieczne podkreślić, jako szczegół ważny, że przez cały czas nie doznawał chory żadnego bólu w okolicy wątroby.

Po upływie 2 tygodni wskutek długotrwałego i bardzo silnego napadu stenokardycznego z bólem umiejscowionym za mostkiem, w szyi i palcach, skierowano chorego do Warszawy

w celu dokładnego zbadania roentgenologicznego. Prześwietlanie nie wykryło żadnych zmian w sercu i tętnicy głównej, natomiast stwierdzono (ś. p. Dr. Zieliński i Dr. Sławiński) znaczne powiększenie i bolesność pęcherzyka żółciowego, który sięgał prawie do pępka (cholecystitis exsudativa). Zastosowano na brzuch okłady gorące, wewnętrznie sól karlsbadzką. Chory nie miał więcej ani jednego napadu i wrócił do Częstochowy w stanie znacznej poprawy. Sprawa w pęcherzyku powoli wygasła całkowicie i chory szybko zaczął powracać do zdrowia. Zaniechał zupełnie palenia tytoniu i wybitnie utył.

Od czasu tej choroby minęły zgórą 4 lata i chory czuje się obecnie najzupełniej zdrowym. Ani ciężka praca zawodowa, ani długie i męczące spacery nie wywołują jakichkolwiek zaburzeń czynnościowyoh serca.

Niewątpliwie punktem wyjścia całego cierpienia była w tym przypadku kamica żółciowa, która do ostatka przebiegała poniekąd skrycie. W ciągu całej choroby nie było ani razu charakterystycznego bólu wątrobcwego, a uczucie pełności w brzuchu i stan podgorączkowy, które mogły istotnie nasuwać myśl o zapaleniu pęcherzyka żółciowego, ginęły wśród grozy ciężkich napadów sercowych i nie zwróciły na siebie należytej uwagi. Nie sądzę, żebyśmy mieli do czynienia z przypadkowem współistnieniem dwóch spraw chorobowych, niezależnych od siebie. Ujemny wynik badania roentgenologicznego, zupełny brak objawów podmiotowych ze strony serca przed i po chorobie, doskonała sprawność serca w czasie obecnym, wystąpienie po raz pierwszy w życiu całej serji napadów w porze nocnej i bezwzględna ich niezależność od ruchu pozwalają z wielkiem prawdopodobieństwem wyłączyć przypuszczenie schorzenia naczyń wieńcowych lub tętnicy głównej. Musimy jeszcze rozważyć możliwy wpływ zatrucia nikotyną, które gra tak wielką rolę w powstawaniu różnych zaburzeń czynnościowych serca.

Podług Biegańskiego (1) i Pawińskiego (2) w przypadkach zatrucia nikotyną dusznica bolesna występuje przez czas dłuższy w postaci napadów nerwowych; które w zupełności ustają, jeżeli nadużycie w paleniu zostaje przerwane. Jeżeli jednak nadużycie trwa bardzo długo, jeżeli chory zbliża się wiekiem do 40 lat, to bardzo często z postaci nerwowej rozwija się dusznica bolesna prawdziwa. Wtedy przerwa w paleniu nie wywiera żadnego wpływu na napady stenokardyczne, i wcześniej lub później rozwijają się wszystkie następstwa stwardnienia tętnic wieńcowych serca. Napady, spostrzegane w początkowych okresach zatrucia, określa Pawiński mianem dusznicy bolesnej rzekomej, »inaczej spastycznej« i zwraca uwagę na towarzyszące im »zaburzenia w innerwacji serca i naczyń, jak przestanki, zwolnienie, rzadziej przyspieszenie, niemiarowość tętna«.

Jeżeli poglądy Biegańskiego i Pawińskiego malują wiernie obraz przewlekłego zatrucia nikotyną, odrazu narzuca się wniosek, że w naszym przypadku nie grało ono poważniejszej roli. Chory palił namiętnie zgórą lat 30 i nie miał nigdy żadnych oznak zatrucia. Serja ciężkich napadów stenokardycznych zjawiła się nagle bez żadnych zwiastunów i ustąpiła raptownie i bezpowrotnie, jak po jakiemś cudotwórczem zaklęciu. Zatrucie nikotyną mogło co najwyżej, przygotować odpowiednie podłoże i w układzie nerwowym i tętniczym serca stworzyć warunki, sprzyjające dusznicy bolesnej.

Przypadek II. Spostrzegany przezemnie już po przejściu pierwszego okresu choroby. S. R., obecnie lat 50, kupiec. Matka chorowała długo na kamicę żółciową. W dzieciństwie względnie zdrowy, chorób zakaźnych nie przechodził, kiłę wyłącza. Trunków nie nadużywał, pali od dawna kilka cygar dziennie. Uważał się zawsze za zdrowego i, chociaż w następstwie wykroczeń dietetycznych miewał czasami gniecenie w dołku, nie leczył się wcale. Przed 9-ciu laty wśród najzupełniejszego zdrowia zachorował nagle bardzo ciężko »na serce«. Po nieszczególnie przespanej nocy już nad ranem dostał gwałtownego bólu w sercu w klatce piersiowej i rękach, który z małemi przerwami trwał do 10 godzin. Ze słów rodziny widać, że z powodu rzekomego napadu sercowego zachodziła poważna obawa o życie chorego. W następnych dniach miał on jeszcze kilka napadów słabszych które dopiero po dwóch tygodniach ustąpiły zupełnie. Jednakże nie czuł się dobrze, po jedzeniu doznawał gniecenia w okolicy żołądka, stracił łaknienie i wybitnie zeszczuplał. Leczył się systematycznie jodem i diuretyną, zarzucił palenie, zachowywał wielką wstrzemięźliwość w jedzeniu, wreszcie po kilku miesiącach powrócił do zdrowia. Po raz pierwszy byłem wezwany do chorego w końcu 1918 r. z powodu rzekomego nawrotu bólu sercowego, który wystąpił nazajutrz po uczcie rodzinnej. Chory leżał nieruchomo w łóżku, był blady, z przerażonym wyrazem twarzy z powodu uczucia bliskiej śmierci. Błagając o pomoc i jęcząc po cichu, skarżył się na niezwykle silny ból za mostkiem, w szyji, w obu rękach, zwłaszcza lewej, i w ostatnich palcach. Bólowi towarzyszyło uczucie ściskania całej klatki piersiowej. Nitrogliceryna, wziewanie azotynu amylowego, mała dawka morfiny nie uśmierzały cierpienia. Po 4 godzinach wystąpiły wymioty, poprzedzone częstemi odbijaniami i nudnościami poczem natężenie bólu zaczęło stopniowo słabnąć. W czasie napadu tętno było przyśpieszone, słabo napięte, miarowe. Na drugi dzień chory miał tylko uczucie lekkiego ściskania w sercu, ale skarżył się na wzdęcie i rozpieranie brzucha, szczególnie w okolicy prawego podżebrza.

Badanie przedmiotowe stwierdziło: budowa prawidłowa, odżywienie dosyć dobre. Ciepłota 37.8°, tętno powyżej 80, dobrze napięte, miarowe. Ciśnienie krwi $\frac{17}{8}$ (Pachon). W płucach nic szczególnego. Granice stłumienia serca prawidłowe, tony czyste. Wątroba macalna i bolesna. Punkt, odpowiadający pęcherzykowi żółciowemu, bardzo bolesny. Śledziony nie wyczuwa się wcale. Mocz bez cukru, z małemi śladami białka. W nocy nowy napad stenokardyczny, nieco słabszy, trwający około 3 godzin i zakończony silnemi potami. W trzecim dniu choroby — wyraźne ślady żółtaczki, w moczu barwiki żółciowe. Wieczorem ciepłota do 38°. Wątroba jeszcze więcej bolesna. Rozpoznałem zapalenie przewodów żółciowych (ewent. pęcherzyka żółciowego), powikłane dusznicą bolesną. Atoli dalszy przebieg choroby i wieloletnia obserwacja chorego wraz z nowemi badaniami uzupełniającemi zmusiły mnie do zmiany tego rozpoznania. Kilkakrotne badanie roentgenologiczne nie wykryło żadnych zmian w sercu i tętnicy głównej. Wassermann ujemny. Chory po leczeniu karlsbadzkiem poprawił się doskonale i w ciągu ostatnich lat sześciu nie miał ani razu napadu dusznicy bolesnej. Obecnie jest zdrowy, nie leczy się wcale, pędzi życie bardzo czynne i o swojem sercu zupełnie zapomniał. Jestem głęboko przekonany, że i pierwsza serja ciężkich napadów rzekomo sercowych była tylko wyrazem nieprawidłowego umiejscowienia bólu w skrytej i nierozpoznanej kamicy żółciowej.

Ze spostrzeżeń tych, które zagadnienie stosunku między kamicą żółciową a dusznicą bolesną oświetlają z nowego zupełnie stanowiska wypływają ważne wnioski praktyczne. Jak widzimy, w niektórych przypadkach kolka wątrobowa może przebiegać skrycie bez właściwych objawów miejscowych albo też objawy te zaznaczone są tak niewyraźnie i słabo, że stwierdzenie ich wymaga szczególnej uwagi i dokładnego badania w odpowiednim kierunku. Powtóre, zamiast charakterystycznego bólu wątrobowego w prawem podżebrzu, będącego stałym składnikiem kolki, występuje w charakterze równoważnika typowy napad dusznicy bolesnej bez odpowiednich zmian organicznych w sercu i tętnicy głównej. Stając się istotnym składnikiem napadu kamicy, zespół stenokardyczny panuje wówczas niepodzielnie nad całym obrazem choroby, a późniejszy los jego zależy ściśle od zasadniczego cierpienia. Po przejściu kolki wątrobowej najcięższe nawet napady dusznicy bezpowrotnie znikają.

Fakt, że przy kamicy żółciowej ból może być odczuwany w miejscach nietypowych, był wielokrotnie podnoszony w piśmiennictwie lekarskiem. Wiadomo bowiem oddawna, że charakterystyczny ból wątrobowy może promieniować z prawego podżebrza w rozmaitych kierunkach i zależnie od umiejscowienia — naśladować gorzej lub lepiej cierpienia rozmaitych narządów. To też w podręcznikach znajdujemy zwykle krótkie wzmianki, że przy umiejscowieniu bólu w okolicy serca kolka wątrobowa może przypominać napad dusznicy bolesnej. Wśród długiego spisu chorób, które z powodu nieprawidłowego promieniowania bólu mogą być powodem błędów rozpoznawczych, w swem dziele o chorobach wątroby wymienia Ewald (3) i napady stenokardyczne (stenokardische Anfälle).

Quincke i Hoppe-Seyler (4) tę sprawę pomijają milczeniem. Brak również odpowiedniej wzmianki w obszernej monografji Chauffard'a (5), który w rozdziale o odczynach pęcherzykowych *(les réactions vésiculaires)* rozwodzi się szeroko nad promieniowaniem bólu i wspomina krótko o niektórych czynnościowych zaburzeniach serca. Biegański w »Djagnostyce różniczkowej« nie zwrócił na tę kwestję uwagi, zaznaczył tylko że »wiele przypadków t. zw. gastralgji jest niczem innem, tylko nieprawidłowemi postaciami dusznicy bolesnej« (str. 261).

Franke (6) podkreśla trudności rozpoznawcze, wynikające z powodu niewłaściwego promieniowania bólu przy kamicy żółciowej. »Nieraz stajemy wobec pytania, czy w da-

nym przypadku mamy do czynienia z napadem dusznicy, czy też z napadem kolki żółciowej z mniej typowem umiejscowieniem jej, t. j. w okolicy dołka podsercowego lub w okolicy serca«.

Przytoczywszy najważniejsze objawy różniczkowe, zastrzega bardzo słusznie autor, że czasami tylko dłuższe spostrzeganie chorego może sprawę ostatecznie rozstrzygnąć.

Z tego krótkiego przeglądu piśmiennictwa widzimy, że sprawa ta traktowaną jest najczęściej pobieżnie i z odmiennego zupełnie stanowiska. Ponieważ oddawna nosiłem się z myślą opisania dwóch moich spostrzeżeń, z prawdziwem zadowoleniem przeczytałem świeżo ogłoszony artykuł prof. Lian'a, Weissenbach'a i Parturier'a »o stenokardycznej postaci kolki wątrobowej« (7). Mimo pewnych różnic w ogólnem ujęciu sprawy, zasadnicze wnioski autorów są bardzo zbliżone do moich. Myśl przewodnią wyrażają oni w ten sposób: »w pracy niniejszej chcemy podkreślić fakt dosyć częstego występowania przypadków, w których zespół dusznicowy (*le syndrome angineux)* panuje nad całym obrazem klinicznym, a tymczasem objawy kamicy żółciowej pozostają w cieniu. Wykryć je może tylko bardzo szczegółowe badanie«. Autorzy opisują 7 przypadków dusznicy bolesnej wątrobowej, które zależnie od współistnienia lub braku zmian organicznych w sercu i tętnicach, dzielą na 3 kategorje. Do kategorji pierwszej zaliczają przypadki, w których, pomimo wszechstronnego i drobiazgowego badania, nie można było stwierdzić żadnych zmian w narządzie krążenia. Do tej kategorji właśnie należą dwa nasze przypadki.

Jakkolwiek rozważania diagnostyczne nie wchodzą w zakres mojego zadania, jednakże względy praktyczne skłaniają mnie, za przykładem autorów francuskich, do omówienia kilku ważniejszych szczegółów. Otóż za charakterystyczną cechę dusznicy bolesnej, występującej zamiast bólu wątrobowego w napadzie kamicy żółciowej, uważam jej bezwzględną niezależność od ruchu, a tem samem napastowanie chorego w czasie snu w nocy lub nad ranem. Jakkolwiek bowiem zapatrywać się będziemy na istotę dusznicy bolesnej »prawdziwej« na tle chorób serca, przyznać musimy, że czynnikiem wywołującym bezpośrednio napad, jest ruch albo inny wysiłek fizyczny. Stąd też jej miano — *l'angine de l'effort.* Jeżeli więc u osobnika na serce zdrowego, a przynajmniej nie mającego dotąd ze strony serca żadnych objawów podmiotowych, wystąpi nagle, po raz pierwszy w życiu, napad stenokardyczny w nocy lub spoczynku, winniśmy pamiętać o możliwem schorzeniu wątroby. Oczywiście, nie przeczę, że w porze nocnej zdarzyć się może napad dusznicy bolesnej »prawdziwej«, ale koniecznym warunkiem będą wówczas odpowiednie zmiany w narządzie krążeniu albo istniejąca już wcześniej skłonność do napadów stenokardycznych. U takich osobników nietylko wzruszenia i wstrząśnienia moralne, ale nawet przykre marzenia senne mogą istotnie spowodować napad, nieraz bardzo ciężki. Muszę nadmienić, że w uwagach o rozpoznawaniu dusznicy bolesnej pochodzenia wątrobowego tak ważny objaw, jak niezależność od ruchu, został pominięty przez autorów francuskich.

Powtóre, zasługuje na szczególną uwagę występowanie napadów całemi serjami, które trwać mogą kilka tygodni zrzędu. Opierając się na doświadczeniu własnem, sądzę, że fakt ten zdarza się chyba wyjątkowo w początkowym okresie dusznicy bolesnej »prawdziwej«. Wprawdzie Biegański opisuje »postać serjową«, gdzie napady występują niezależnie od wysiłków przez szereg tygodni, a nawet miesięcy, podkreśla jednak, że rozwija się ona stopniowo, z biegiem czasu, z postaci poronnej, zależnej od ruchu, i zdarza się przeważnie w późniejszych okresach choroby. Postać »serjowa« może być również spostrzeganą u osobników nerwowych bez żadnych zmian w układzie tętniczym serca, — fakt, który zmusza Biegańskiego do stwierdzenia, »że postać ta nie jest wcale właściwa jednej tylko przyczynie dusznicy bolesnej, lecz zdarza się we wszystkich etjologicznie różnych rodzajach tej sprawy«. Pojęcie nerwowości jest nader rozciągliwe i nieokreślone, możemy więc przypuszczać, że niektóre postacie dusznicy »serjowej«, występujące bez widocznej przyczyny i bez żadnych zwiastunów, a przypisywane nerwowości chorych lub etjologicznie niepewne, mają właściwie swe źródło w skrytej kamicy żółciowej.

Gorączka lub nawet nieznaczne podniesienie ciepłoty, jak to było w obu naszych przypadkach, powinny odrazu skierować badanie na właściwą drogę. Rzecz prosta, wywiady mogą dostarczyć wielu cennych wskazówek, Dowiadujemy się że chory miewał bóle w okolicy żołądka, gniecenie w dołku po jedzeniu, częste odbijanie, nudności, czasami wymioty. Pierwszy napad stenokardyczny da się nieraz powiązać przyczynowo z jakiemś uprzedniem wykroczeniem w diecie (przypadek II.). Do ważnych objawów, które mogą przechylić rozpoznanie na stronę kamicy, należą nudności w czasie napadu, wymioty, rzadziej obfite wypróżnienia żółciowe (Lian), wreszcie uczucie pełności i rozpierania w górnej części brzucha lub prawem podżebrzu.

Badanie fizyczne, czasami już w początkach choroby pozwala stwierdzić obronę mięśniową, bolesność wątroby lub powiększenie pęcherzyka żółciowego wskutek wysięku. W jednym przypadku Lian'a, Weissenbach'a i Parturier'a silniejszy ucisk pęcherzyka może wywoływać napad dusznicy bolesnej. Cenne usługi oddać może stwierdzenie punktów bolesnych, zwłaszcza prawostronnego szyjnego (Chauffard), wykrycie w moczu barwików żółciowych, urobiliny, nadmiaru cholesteryny we krwi. W końcu zaznaczyć trzeba, że leczenie stosowane zwykle w dusznicy bolesnej z niewątpliwą dla chorych korzyścią, tutaj pozostaje bez żadnego skutku, natomiast okłady gorące na wątrobę, przetwory salicylowe, większa dawka morfiny, sól karlsbadzka mogą znacznie złagodzić i skrócić przebieg całego cierpienia.

Rozpatrując zagadnienie stosunku między kamicą żółciową i dusznicą bolesną w świetle analogji ze zjawiskami zastępczemi czyli równoważnikami w innych dziedzinach patologji, nie da się zaprzeczyć, że u ludzi starszych z odpowiedniemi zmianami w narządzie krążenia pod wpływem bodźców wątrobowych lub pęcherzykowych mógłby się zdarzyć napad dusznicy samoistnej, »prawdziwej«. Podrażnienie, płynące z pęcherzyka żółciowego, mogłoby wówczas odegrać taką samą rolę, jak ruch i wysiłek fizyczny. Ale ocenę wzajemnego stosunku i wyjaśnienie istotnego znaczenia każdego z tych cierpień w poszczególnym przypadku musimy pozostawić dłuższej obserwacji chorego. W każdym bądź razie ze wszystkich dotychczasowych rozważań wypływa ważny wniosek praktyczny, że w powstawaniu dusznicy bolesnej, i być może innych zaburzeń czynnościowych serca, kamicy żółciowej przypada w udziale znacznie większa rola, niż powszechnie sądzimy.

Powinniśmy jeszcze rozstrzygnąć pytanie, jakim sposobem kolka wątrobowa może wywołać napad dusznicy bolesnej u ludzi względnie zdrowych, bez widocznych zmian w narządzie krążenia. Poruszamy więc zagadnienia bardzo zawiłe i trudne, które z jednej strony dotyczą patogenezy i istoty dusznicy bolesnej, z drugiej zaś sposobu powstawania bólu w cierpieniach narządów wewnętrznych. Ponieważ szczegółowe omawianie tych kwestyj, wciąż jeszcze spornych i nieustalonych w nauce, rozszerzyłoby niepomiernie ramy artykułu, poprzestaję na możliwie krótkiej odpowiedzi. Już sam fakt, że przypadki takie spostrzegane są rzadko, dowodzi istnienia w układzie nerwowym pewnych osobników, szczególnie sprzyjających warunków. Lian, Weissenbach i Parturier sądzą, że wchodzi tu w grę nadpobudliwość układu wegetacyjnego. Wskutek tego podrażnienie odcinka współczulnego trzewnego w następstwie kolki wątrobowej przenosi się bezpośrednio i wybiórczo na sąsiedni odcinek sercowy. Pobudzeniu temu, które powstało tutaj w sposób przypadkowy i nienaturalny, towarzyszy natychmiastowa zmiana w unerwieniu autonomiczno-współczulnem serca. Wówczas na drodze odruchowej występują różne zaburzenia czynności serca i — między innemi — wskutek raptownego i nadmiernego kurczu tętnic wieńcowych napad dusznicy bolesnej. Pobudzenie bólowe wątrobowe byłoby w swem działaniu równoznaczne ze wstrząsem nerwowym lub gwałtownem wzruszeniem, które przy wzmożonej pobudliwości układu wegetatywnego mogą wywołać kurcz tętnic wieńcowych i napad dusznicy u osobników młodych, najzupełniej zdrowych.

Wskutek raptownej zmiany w ukrwieniu serca i braku uprzedniego przystosowania, napady stenokardyczne, zależnie od kurczu prawidłowych tętnic wieńcowych, mogą być nawet w swych przejawach cięższe, aniżeli napady, występujące pod wpływem wysiłków fizycznych (Daniélopolu (8). Tak więc napady stenokardyczne, spostrzegane w nietypowych postaciach kamicy żółciowej, ze stanowiska patogenetycznego, należą prawdopodobnie do t. zw. dusznicy naczynio-ruchowej (*angina pectoris vasomotoria*). Co zaś do nadpobudliwości układu wegetacyjnego, zwłaszcza splotów sercowych, która powoduje niezwykłe przenoszenie bodźców wątrobowych na odcinek sercowy, może być ona częściowo wrodzoną, częściowo nabytą wskutek wpływów trujących (nikotyna).

Z powyższych rozważań wynika pośrednio, że pojęcie dusznicy bolesnej nie posiada cech swoistości patologicznej i nie oznacza jednolitej, ściśle określonej postaci chorobowej. »Jestto pospolity zespół objawów, który na podobieństwo kaszlu, wymiotów lub czkawki występuje w najrozmaitszych stanach chorobowych i okolicznościach (Martinet(9). Dlatego w każdym przypadku winniśmy dotrzeć do źródła cierpienia i w tem dążeniu nie zapominać o możliwej kamicy żółciowej[1]).

* * *

[1]) Już po napisaniu tej pracy dowiedziałem się okolicznościowo o przypadku, spostrzeganym przez kol. Stawnickiego, W. Kohna i Brama. Mężczyzna lat 52, nałogowy palacz, używający dużo alkoholu, ale naogół zdrowy, dostał nagle w nocy napadu dusznicy bolesnej, która trwała zgórą 5 godzin. W ciągu 5 dni były 3 napady tak silne, że stosowano morfinę. Ból umiejscawiał się w sercu, za mostkiem i w obu rękach do łokci. Towarzyszyło mu ściskanie całej klatki piersiowej i obawa śmierci. Tętno niemiarowe, około 50. Rozpoznano dusznicę bolesną prawdziwą i rokowano poważnie. Po przejściu napadów stwierdzono powiększenie i wyraźną bolesność pęcherzyka żółciowego. Na 6-ty dzień wystąpiła żółtaczka. Obecnie stan chorego jest zupełnie dobry.

Za łaskawe udzielenie mi tych wiadomości składam kol. Stawnickiemu i Bramowi szczere podziękowanie.

Piśmiennictwo.

1) Władysław Biegański; Medycyna Nr. 13. 1894. Odb. str. 6. — 2) J. Pawiński: Gaz. Lek. Nr. 26, 27, 28 z r. 1913. str. 744. — 3) Dr. C. A. Ewald: Die Leberkrankheiten. Leipzig. 1913. str. 214. — 4) Prof. Dr. H. Quincke und prof. G. Hoppe-Seyler: Die Krankheiten der Leber. Wien und Leipzig. 1912 str. 244. — 5) A. Chauffard: Leçons sur la lithiase biliaire. Paris 1914 str. 123. — 6) Prof. Dr. Marjan Franke: Djagnostyka chorób narządu krążenia. 1921. Str. 10. — 7) C. Lian, R-J. Weissenbach, G. Parturier: La forme angineuse de la colique hépatique. Presse Méd. Nr. 96. 29 Nov. str. 945. — 8) Prof. Daniélopolu: L'angine de poitrine. Bucarest 1924. str. 58. — 9) Alfred Martinet: Les angines de poitrine. Paris 1922 str. 31.

Z praktyki.

Dr. Kazimierz PAWŁOWSKI. Wilno.

Sprawozdanie z kilku przypadków cukrzycy leczonych insuliną *).

Z II. Kliniki chorób wewnętrznych (terapeutycznej) Uniwersytetu Stefana Batorego.
Dyrektor: Prof. Dr. A. Januszkiewicz.

Insulina, jako środek działający szybko i niezawodnie, ma już ustaloną w świecie lekarskim opinję i posiada kolosalną literaturę, pomimo, że dopiero teraz mija trzy lata od czasu, kiedy poraz pierwszy, po próbach na zwierzętach została zastosowana u człowieka. Piśmiennictwo polskie zajmuje pod tym względem skromne miejsce, ostatnio jednak ukazał się szereg prac traktujących o insulinie: Cytronberga, Landaua, Zawistowskiego, Mierzeckiego, Oszackiego, Funka, Blassberga, Węgierki, Terleckiego, Margolisa i Szyfmana.

Stosowanie insuliny na wielkim materjale w Europie Zachodniej i Ameryce dowiodło, że przypadki lekkie wcale nie nadają się do leczenia insuliną, że leczenie insuliną wcale nie wyklucza zachowania diety z ograniczoną ilością węglowodanów, a co najważniejsze, że działa ona na krótki dystans, bowiem po zaprzestaniu podawania insuliny wraca cukromocz, wraca acetonurja. Wprawdzie było podanych kilka przypadków jakoby trwałego wyleczenia, lecz niestety należą one do nadzwyczajnych wyjątków. Insulina więc sprawiła zawód tym, którzy widzieli w niej radykalny środek w zwalczaniu cukrzycy. Niezaprzeczalna jej wartość przejawia się w zwalczaniu śpiączki cukrzycowej, która dotąd prowadziła do niechybnej śmierci, w ciężkich przypadkach cukrzycy ze znaczną acetonurją, w przypadkach, gdzie nam zależy na podniesieniu odżywiania, wreszcie w tych przypadkach, gdzie muszą być dokonane zabiegi operacyjne, które dotąd dawały wysoki procent śmiertelności wśród diabetyków. Przeciwwskazaniem bezwzględnem są tylko właściwie przypadki cukromoczu nerkowego, gdzie przy normalnej zawartości cukru we krwi, mamy w moczu cukier, zależny od niewydolności nerek pod tym względem.

Przechodząc do omówienia naszych przypadków, zatrzymam się najpierw szczegółowo na przypadku cukrzycy ciężkiej, przypadek zaś śpiączki omówię osobno.

Chory w wieku 15 lat, dziedzicznie nie obarczony. Od wczesnego dzieciństwa — słaby — wątły. Od roku stan jego zaczął się pogarszać, wówczas po raz pierwszy stwierdzono cukromocz. Chory wyniszczony b. znacznie. Waga ciała 35 kilogramów. Ze strony narządów wewnętrznych żadnych zmian szczególniejszych.

W dniu przybycia do Kliniki:
Cukier w moczu 5,5%.
Aceton ++ (wybitny).
Cukier we krwi 0,37%**).

Celem wyrobienia sobie pojęcia o stopniu tolerancji węglowodanowej i bilansie, o stopniu hiperglikemji oraz o istnieniu objawów kwasicy u danego osobnika, chory uprzednio pozostawał przez szereg dni na stałej określonej diecie, obliczonej w ten sposób, aby wypadało około 1½—2 gr białka i 1 gr tłuszczu na kilo wagi, oraz 60 gr węglowodanów na dobę, co wynosi około 40 ciepłostek na kilo wagi. Pożywienie to składało się z około 200 gr mięsa, 20 gr masła, 4 jaja, 100 gr kaszy owsianej i jarzyn, zawierających nieznaczną ilość węglowodanów. Wówczas okazało się, że w ciągu doby wydziela około 100 gr cukru, podczas kiedy wprowadza do ustroju tylko 60 gr., a więc bilans wynosi — 40. Cukier we krwi wynosi 0,36%. Aceton — wybitny (++).

Wobec tego zakwalifikowano go jako przypadek ciężkiej cukrzycy i zastosowano 2. I. b. r. insulinę podskórnie w ilości 20-tu jednostek w 2-ch dawkach (po 10 jednostek) na ½ godziny przed przyjęciem pokarmu rano i wieczorem.

Następnego dnia t. j. 3. I.: Cukier w moczu 3.1%. Bilans węglow. — 175. Aceton wyraźny (+).

Wstrzyknięto insuliny 40 jednost. w 2-ch dawkach.

4. I. Cukier we krwi 0.28%. Cukier w moczu 2%. Bilans węglow. + 6 gr. Aceton — ślad nieznaczny.

Insuliny otrzymał również 40 jednostek.

5. I. Cukier we krwi 0.19%. Cukier w moczu 0.5%. Bilans + 47 gr. Aceton —.

Insuliny tak samo otrzymał 40 jednostek.

Celem podniesienia stanu odżywiania chorego podwyższono ilość węglowodanów do 100 gr przy poprzednich ilościach białka i tłuszczu.

6. I. Cukier we krwi 0.31%. Cukier w w moczu 2.2%. Bilans + 38 gr. Aceton —.

Insulina bez zmian.

7. I. Cukier we krwi 0.31%. Cukier w moczu 3%. Bilans + 25. Aceton —.

Tego dnia wstrzyknięto 60 jednostek insuliny w trzech dawkach.

8. I. Cukier we krwi 0.24%. Cukier w moczu 0.9%. Bilans + 76 gr. Aceton —.

Insuliny tak samo 60 jednostek.

9. I. Cukier we krwi 0.23%. Cukier w moczu 0.6%. Bilans + 83 gr. Aceton —.

Insuliny wstrzyknięto tylko 40 jednostek.

10. I. Cukier we krwi 0.28% Cukier w moczu 1.7%. Bilans + 68. Aceton —.

Insuliny zastosowano tak samo 40 jednostek.

11. I. Cukier we krwi 0.29%. Cukier w moczu 1.6%. Bilans + 71. Aceton —.

Odtąd w ciągu 2-ch tygodni stosowano stale 60 jednostek insuliny w trzech dawkach przy zastosowaniu wciąż tej samej diety.

Cukier we krwi waha się od 0.18 do 0.23%.
Cukier w moczu od śladów — do 0.7 %.

*) Według odczytu wygłoszonego na posiedzeniu Wileńskiego Towarzystwa lekarskiego w dniu 21. stycznia 1925 r.

**) Krew badaliśmy metodą Macleans'a. Metoda ta ma między innemi i tę zaletę, że wymaga tylko 0,2 cm^3 krwi, którą pobiera się po ukłuciu igłą palca, uprzednio zanurzonego do ciepłej wody.

Bilans w granicach od + 90 do 100 gr.
Aceton stale —.

W ciągu 20-dniowej kuracji waga ciała wzrosła o $3^1/_2$ kg. Żadnego ubocznego działania nie spostrzegano. Samopoczucie chorego znacznie się poprawiło, ustąpiło męczące uczucie ciągłego pragnienia, siły chorego wzrosły.

Objektywnie: usunęliśmy wszelkie objawy kwasicy, podnieśliśmy odżywianie, co dało przyrost wagi $3^1/_2$ kg.

Następny przypadek dotyczy chorego 39 lat, cierpiącego od 2-ch lat na cukrzycę. Po raz pierwszy leczył się w Klinice w lutym ub. roku. Wówczas po zastosowaniu ścisłej diety cukier z moczu zniknął, acetonurji wogóle nie było. Tolerancja węglowodanowa była względnie wysoka, bo sięgała około 60 gr. węglowodanów. Chory był leczony tylko djetetycznie.

Kiedy następnie zgłosił się w początkach października ub. roku, cukier w moczu wynosił 5.8‰, acetonurja wyraźna. Cukier we krwi 0.32%. W celu określenia tolerancji postępowaliśmy, jak w poprzednim przypadku. Okazało się, że tolerancja jego obniżyła się znacznie w porównaniu z dawniejszą, bo zbliżała się do 0. Acetonurja nie ustępowała.

Zaczęliśmy kurację od 10 jednostek dziennie w 2-ch dawkach po 5 jednorazowo w ciągu 3-ch dni. Cukier w moczu wahał się 1 - $1^1/_2$%. Aceton słabo zaznaczony.

Następnie powiększono ilość insuliny do 20 jednostek dziennie w 2-ch dawkach.

Cukier w moczu — 0.2%. Aceton —.

Odtąd stale otrzymywał w ciągu 6-ciu tygodni 2 razy dziennie po 10 jednostek.

W moczu były zawsze tylko ślady cukru. Aceton stale —. Waga ciała wzrosła o $1^1/_2$ kilograma. Po 5-ciu dniach pobytu w domu i niestosowania insuliny przy sposobie odżywiania podobnym jak Klinice, chory zgłosił się do przychodni klinicznej. Badanie moczu ujawniło — ślad cukru, brak acetonu.

Kiedy chory następnie się zgłosił już po miesiącu. Cukier w moczu wynosił — 5.6%. Aceton — b. wyraźny.

Ten przypadek jest ciekawy z tego względu, że jeszcze raz potwierdza, że o trwałem wyleczeniu prawie niema mowy.

Nie zatrzymując się na innych przypadkach cukrzycy, które odnoszą się do lżejszej postaci i nic charakterystycznego nie przedstawiają przejdę do omówienia śpiączki cukrzycowej.

Dnia 28 grudnia ub. r. został przywieziony do Kliniki chory w wieku 17 lat w stanie nieprzytomnym. Według słów matki przed $1^1/_2$ rokiem chory zaczął podupadać na siłach i chudnąć, pomimo bardzo dobrego łaknienia; uskarżał się przytem na silne pragnienie i potrzebę częstego oddawania moczu.

Dokonane wówczas badanie ujawniło cukromocz. Ilość cukru w moczu wahała się od 3 - 5%. Od tygodnia stan chorego pogorszył się znacznie: zjawiły się bóle głowy, ciężar w piersiach, pragnienie wzmogło się, oddawanie moczu stało się bardzo częste. W przeddzień przybycia do Kliniki wystąpiły objawy, które zaniepokoiły otoczenie: chory stał się apatyczny — senny, chwilami tracił świadomość; zjawiły się wymioty.

S t a n o b e c n y: Już przy wejściu do sali, gdzie przebywał chory, uderzał silny zapach acetonu. Chory nieprzytomny, robi wrażenie pogrążonego w głębokim śnie. Oddech charakterystyczny ciężki, głośny (słyszalny w drugim pokoju).

Na twarzy i kończynach lekka sinica. Akcja serca — przyśpieszona, tętno około 130 na minutę — nikłe. Chory leży w pozycji przykurczonej. Mięśnie brzucha silnie napięte. Źrenice zwężone. Odruchów ze ścięgien wywołać nie udało się. Mocz zatrzymany. Od czasu do czasu zjawiają się wymioty.

Dokonane badanie krwi ujawniło 0.40% cukru. Wstrzyknięto śródmięśniowo 15 jednostek insuliny, a po 2-ch godzinach 20 jednostek. Chory obudził sie, jednak stan zamroczenia świadomości trwał. Po 2-ch godzinach wstrzyknięto ponownie 20-cia jednostek i podano doustnie 30 gr cukru. Prócz tego podawaliśmy dwukrotnie sodę doustnie razem 30 gr.

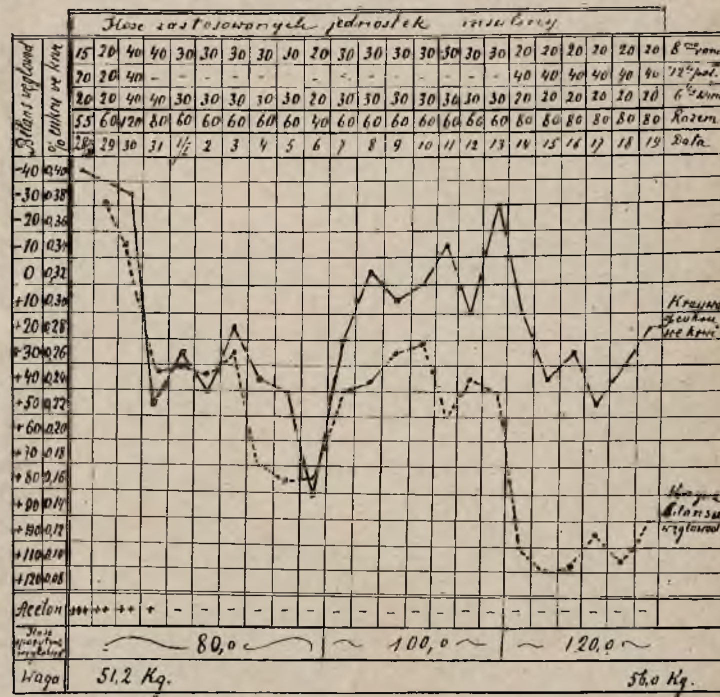
Po upływie 3-ch godzin od ostatniego wstrzyknięcia insuliny, nastąpiła nagła poprawa: oddech stał się spokojny, wymioty ustały. Ilość tętna obniżyła się do 100. Chory oddał mocz którego badanie ujawniło: Ciężar wł. 1032. Białko około 1%. Cukier 3.5%. Aceton nadzwyczaj wybitny, tak samo i kwas acetooctowy. W osadzie pojedyncze erytrocyty i leukocyty.

Noc chory spędził niezbyt spokojnie, często budził się prosząc, aby mu dano pić. Pragnienie dokuczało mu jeszcze w ciągu kilku następnych dni. Nazajutrz chory znajdował się jeszcze w stanie pewnego odurzenia. Zastosowaliśmy dietę, kierując się tą samą zasadą, jak i w pierwszym przypadku. Węglowodanów otrzymywał nieco więcej, bo 80 gr dziennie.

Dalszy przebieg ilustruje tablica, z której widać, że objawy kwasicy zdołaliśmy za pomocą insuliny usunąć szybko i łatwo, bo już po 4-ch dniach w ciągu tego czasu wstrzyknięto 315 jednostek), acetonurja ustąpiła zupełnie i więcej się w ciągu leczenia nie wznawiała. Podrażnienie nerek, wyrażające się białkomoczem i obecnością w moczu erytrocytów, ustąpiło równocześnie z acetonurją (po 5-ciu dniach nie mieliśmy już ani śladu białka). Podnieśliśmy ogromnie stan odżywiania chorego, bo w ciągu 20-tu dni przyrost wagi wynosił około 5 kg.

Zaznaczyć muszę, że ani razu nie spostrzegliśmy najmniejszych obrzęków, które nierzadko zjawiają się przy leczeniu insuliną i co mogłoby tłumaczyć ten niezwykły przyrost wagi. Subjektywnie żadnych dolegliwości chory obecnie niema. Nadmienić muszę, że chory przybył z objawami ropnego zapalenia ucha środkowego. Po upływie 2-ch tygodni nastąpiło prawie całkowite zabliźnienie i wygojenie.

Wykres zawartości cukru we krwi i bilansu węglowodanowego w przypadku śpiączki cukrzycowej, leczonej insuliną.



Postępowanie nasze w tym przypadku cechowała pewna ostrożność, zwłaszcza na początku kuracji, bo stosowaliśmy względnie małe dawki, choć zato w mniejszych odstępach czasu. Można było postąpić inaczej, mianowicie odrazu zastosować wielką dawkę (100 i wyżej jednostek naraz), ale z równoczesnem wlewaniem dożylnem odpowiedniej ilości rozczynu cukru gronowego. W takim wypadku efekt można jeszcze szybciej otrzymać.

Organizm ludzki w stanie ciężkiej cukrzycy ewentualnie w stanie śpiączki, odznacza się nadzwyczajną tolerancją w stosunku do insuliny. Opisane są przypadki, gdzie w ciągu doby wstrzyknięto do 300 jednostek. U m b e r podaje, że w jednym przypadku w ciągu 48 godz. wstrzyknął 860 jednostek.

W insulinie więc zyskaliśmy niezrównany środek w zwalczeniu śpiączki cukrzycowej. I według słów jednego z autorów amerykańskich w obecnych czasach błędem sztuki lekarskiej byłoby niezastosowanie insuliny przy *Coma diabeticum*, bo insulina jest *par excellence* środkiem przeciw kwasicy.

Chcę podkreślić szczegóły, które zwróciły naszą uwagę.

Chodzi o to, że, jak to zresztą widać z załączonego wykresu, ilość cukru we krwi była stale wyższą i to nieraz dużo wyższą od normy, podczas kiedy w moczu procent cukru był niski, albo go wcale nie było. Nasuwa się pytanie, czy z takim stanem rzeczy, t. j tą stałą hiperglikemją można się godzić, czy też należy dążyć do sprowadzenia cukru we krwi do stanu normalnego t. j. do 1‰. Autorowie francuscy C h a b a n i e r, L e b e r t i ich współpracownicy na podstawie licznych obserwacyj przyszli do przekonania, że przecukrzenie krwi nie jest jedynym czynnikiem wpływającym na cukromocz.

Między temi dwoma zjawiskami niema stałego stosunku.

Nieraz u osobników ze znaczną hiperglikemją widzimy mały odsetek cukru w moczu i przeciwnie u innych wybitny cukromocz przy nieznacznej hiperglikemji. Zależy to od stanu nerek, które stanowią próg różny u rozmaitych osobników i w zależności od tego stanowią większą lub mniejszą tamę w przechodzeniu cukru do moczu

Z doświadczeń R o s e n b e r g'a wiemy, że u człowieka zdrowego po spożyciu dużej ilości węglowodanów zawartość cukru we krwi może się podnieść o 2 do $2^1/_2$ razy powyżej

normy, a cukromoczu nie spostrzegamy. Cukromocz zaś wystąpi dopiero po spożyciu 150 gr. cukru gronowego, a wówczas zawartość cukru we krwi wzrośnie trzykrotnie lub jeszcze wyżej.

Cukier, który dostał się do krwi przez wątrobę, nie jest przez nerki wydalany o ile, naturalnie, nie przekracza pewnej, zwykle dość wysokiej granicy. Natomiast jeżeli wprowadzić cukier do krwiobiegu z pominięciem wątroby, podwyższenie glukozy o 10—20% już powoduje cukromocz.

W ostatnim przypadku wprowadzony cukier jest niejako ciałem obcem dla organizmu.

Wytrzymałość nerkowa gra olbrzymią rolę w wydalaniu cukru. Tam, gdzie ta wytrzymałość jest duża, może być znaczna hiperglikemja bez żadnego cukromoczu i dążenie w takich razach do sprowadzenia cukru we krwi koniecznie do 1‰ może nie miałoby racji.

Nie wydaje się prawdopodobnem, aby hiperglikemja działała szkodliwie na nerki w takim stopniu, jak acetonurja o czem mogliśmy się przekonać w naszym przypadku śpiączki.

Dokonaliśmy w Klinice kilkuset wstrzykiwań insuliny i dotąd nigdy nie spotykaliśmy się ze zjawiskiem niedocukrzenia krwi. Jednak t. zw. zespół hipoglikemiczny należy mieć wciąż na uwadze. Wiadomo bowiem, że spadek cukru we krwi poniżej 0,075% powoduje szereg objawów w postaci osłabienia, zawrotów głowy, podniecenia, występowania kroplistego potu na czole, zaburzeń w sferze naczynioruchowej, ujawniających się bladością, lub zaczerwienieniem skóry, uczuciem gorąca, lub lekkich dreszczy i t. d.

Znaczniejsze obniżenie cukru powoduje cięższe objawy, jak utrata przytomności i zapad z ewentualnem zejściem śmiertelnem. Na szczęście niezwłoczne wprowadzenie do ustroju cukru gronowego jakąkolwiekbądź drogą usuwa wszystkie objawy wymienione. Stąd wynika, że jednakże możliwie ścisłe dawkowanie jest konieczne. Jak wiemy, za jednostkę uznaną została taka ilość insuliny, która u królika wagi około 2-ch kilogramów, obniża po upływie 4-ch godzin zawartość cukru we krwi do 0,045%.

Jest rzeczą naturalną, że wrażliwość różnych ustrojów zarówno zwierzęcych jak i ludzkich jest w pewnym stopniu indywidualną i dlatego leczenie winno być rozpoczęte od dawek małych i kontrolowane badaniem krwi na zawartość cukru.

Jako pewien punkt orjentacyjny może służyć fakt, że jedna jednostka przyswaja ustrojowi od $1^1/_2 - 4$ gr cukru.

Co do mechanizmu działania insuliny na przemianę węglowodanową, to sprawa ta nie jest dotychczas wyjaśnioną, tak zresztą, jak i sama przemiana materji w cukrzycy nie jest rzeczą ustaloną. Istnieje kilka teorji co do tego, jaki los spotyka cukier pod wpływem insuliny. Czy jak chcą Winter i Smith, glukoza dostającą się do krwi należy do substancyj niezdolnych do spalania, a dopiero pod wpływem hormonu trzustkowego względnie insuliny przeistacza się w odmianę czynną, zdolną do utleniania w tkankach, czy też jak dowodzą Bissinger i Lesser, insulina wzmaga spalanie cukru i jednocześnie powoduje odkładanie glikogenu, czy wreszcie pod wpływem insuliny zmniejsza się wytwarzanie cukru z białka i tłuszczu i wzmaga się zamiana cukru w tłuszcz, tego my dziś powiedzieć nie możemy.

Nie jest rzeczą dotąd dowiedzioną, czy insulina wzmaga spalanie, czy też odkładanie węglowodanów. Obliczanie współczynnika oddechowego nie doprowadziło do konkretnych wyników.

Widal i Abrami uważają, że dawne twierdzenie, jakoby insulina powodowała szybsze i wzmożone spalanie glukozy, a białka i tłuszcze znowu lepiej »spalały się w ogniu węglowodanów«, — nie jest wystarczające.

Działanie insuliny zawsze jest skierowane w pierwszym rzędzie przeciwko trującym niedopałkom kwasów tłuszczowych. Bardzo często, stosując insulinę, osiąga się znaczne zmniejszenie acetonurji zupełnie nie proporcjonalnie do znikania cukromoczu. Po zaprzestaniu podawania insuliny cukromocz wraca natychmiast, acetonurja wraca powoli. Autorowie ci widzieli przypadki, gdzie insulina działała wyłącznie na zmniejszenie ciał acetonowych bez wpływu na cukromocz.

W mechaniźmie działania insuliny na przemianę węglowodanową, zdaniem Eliasa i Weila, co zostało również potwierdzone badaniami Węgierki, ważną rolę odgrywa fosfor. Podawanie dożylne dwufosforanu sodowego wyraźnie zmniejsza zawartość cukru we krwi u diabetyków i wzmaga działanie insuliny, podczas kiedy pozostaje bez wpływu u ludzi z prawidłową przemianą węglowodanową.

Widzimy więc, że sprawa ta jest wielce skomplikowaną, jak zresztą skomplikowany jest proces przemiany materji.

Kończąc wspomnę, że oprócz dotychczasowych sposobów podawania insuliny, mianowicie podskórnie, śródmięśniowo lub dożylnie, robiono szereg prób wprowadzania insuliny w postaci czopków, w postaci kapsułek żelatynowych, przyjmowanych doustnie, oraz drogą wchłaniania z jamy ustnej, jednak te sposoby okazały się niepewne.

Wprowadzając insulinę podskórnie i śródmięśniowo, nigdy nie spostrzegaliśmy jakiejś miejscowej reakcji.

Stosowaliśmy przeważnie insulinę angielską firmy »AB« i amerykańską firmy »Lilly«, ostatnio zaś stosujemy tylko insulinę Państwowego Zakładu Higjeny w Warszawie.

Na zasadzie spostrzeżeń, odnoszących się do przytoczonych przypadków, jak również i do tych, które w chwili obecnej leczone są w Klinice, — możemy powiedzieć, że insulina krajowa w zupełności dorównywa pod względem siły działania wymienionym preparatom zagranicznym.

Sprawozdania i korespondencje.

Dr. Roman ZAGÓRSKI, dyrektor Zakładu. Kobierzyn.

O Zakładzie dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie.

(Zarys rozwoju Zakładu po koniec roku 1924).

Dokończenie.

Stan Zakładu z końca grudnia 1924 roku.

Z pośród 15 pawilonów dla chorych, dwa są jeszcze nieczynne. Uruchomienie ich jednak na wiosnę 1925 roku przygotowane po zakupieniu znacznego zapasu linoleum, celem zastąpienia niem popękanej posadzki ksylolitowej i zakupieniu umeblowania za kwotę 40.000 złotych.

Kaplica jest na wykończeniu pod artystycznem kierownictwem prof. Jana Bukowskiego z Krakowa.

Odbudowa złóż oksydacyjnych oczyszczalni biologicznej ścieków jest na ukończeniu. Rekonstrukcja toru przemysłowego jest w toku. Urządzenia mechaniczne i elektryczne Zakładu doprowadzone są do stanu prawidłowego, należycie sprawne i funkcjonujące, eksploatowane oszczędnie i z korzyścią dla Zakładu.

Sieć telefoniczna wewnątrz-zakładowa rozbudowana, obejmuje na razie 30 aparaty telefoniczne. Wąskotorowa kolejka do rozwożenia potraw i mięsa około $2^1/_2$ km długa zbudowana jest w znacznej mierze siłami chorych.

Z pośród ważniejszych robót, wykonanych w ciągu ubiegłych 5-u lat, wymienić należy:

1. całkowity remont 6 pawilonów dla chorych,
2. rekonstrukcja stropów w 3 pawilonach,
3. rekonstrukcję stropu w kuchni głównej i przebudowanie według nowego planu urządzeń wentylacyjnych nad stropem,
4. gruntowny remont oranżerji.
5. gruntowny remont znacznej części budynków folwarcznych,
6. gruntowny remont 2-ch budynków na t. zw. starym folwarku,
7. zbudowanie nowego ogrodzenia betonowego wokoło ogrodu pawilonu dla przestępców,
8. zbudowanie 2-ch prowizorycznych garażów dla samochodów i dla taboru kolejki wąskotorowej,
9. zbudowanie piwnicy na benzynę i smary,
10. zbudowanie 2-ch lodowni przy rzeźni i kuchni głównej,
11. gruntowna naprawa poważnie zagrożonych kanałów przechodowych,
12. odrenowanie domu przedpogrzebowego,
13. zbudowanie rampy kolejowej,
14. wykończenie i uruchomienie gazowni dla pracowni naukowej,
15. gruntowny remont 6-ciu pomp, obsługujących urządzenia kąpielowe i ogrzewanie centralne wodne pawilonów dla chorych.
16. gruntowny remont wraz z obmurowaniem 4 ch kotłów parowych i 3-ch kotłów wodnych Kotłowni Zakładu,

17. zbudowanie w kotłowni zbiornika betonowego na wodę kondenzacyjną, przeprowadzenie 2-ch pomp Worthingtona ze suteren do kotłowni, montaż 3-ciej pompy Worthingtona przy zbiorniku betonowym w suterenach,

18. gruntowny remont obu maszyn parowych Zakładu i 2-ch pomp Worthingtona.

19. gruntowny remont budynku dezynfekcyjnego i jego kotła parowego,

20. gruntowny remont urządzeń mechanicznych w pralni,

21. gruntowny remont urządzeń mechanicznych kuchni głównej,

22. gruntowny remont chłodni mechanicznej i jej uruchomienie,

23. montaż pompy w oczyszczalni biologicznej i założenie rurociągu irrygacyjnego w ogrodzie warzywnym,

24. wykończenie i uruchomienie ogrzewania powietrznego w pawilonach dla chorych,

25. doprowadzenie wodociągu do zabudowań t. zw. starego folwarku i założenie w nim instalacji światła elektrycznego,

26. gruntowna naprawa kabla i przewodów elektrycznych oraz 26 elektromotorów.

Teren zakładowy w znacznej swej większości został splantowany, a ścieżki na dużych przestrzeniach rozbudowane. Założono duże boisko do zabaw ruchowych, drugie mniejsze do lawntennisa, trzecie boisko dla krokieta jest w toku budowy. Założono szereg alei, z których wjazdowa wysadzona jest 130 głogami szczepionemi, w miejsce jaworów przeważnie źle przyjętych, będzie w przyszłość prawdziwą ozdobą Zakładu. Nadto założono aleję z drzew jarzębinowych, kilka aleji akacjowych, jedną z drzew wiśniowych, drogę do kaplicy wysadzono lipami, drogę na folwark brzozami. Z lasku zakładowego przesadzono 450 kilku nastoletnich świerków częścią wzdłuż drogi wjazdowej, częścią wzdłuż sieci ścieżek, biegnących w pobliżu domu administracyjnego. Ogródki przy pawilonach chorych obsadzono kasztanami, lipami, jarzębinami i akacjami, nadto zaś wzdłuż otaczających je drucianych ogrodzeń siatkowych wysadzono topole nadwiślańskie przeznaczone do wycięcia, gdy szlachetne drzewa się rozrosną. Topole nadwiślańskie wysadzono też wzdłuż toru kolejowego, dookoła placu węglowego i po jednej stronie drogi, prowadzącej na ten plac.

Na pastwisku zakładowem wysadzono 130 sztuk szlachetnego gatunku jabłoni. Ogółem wysadzono w Zakładzie około 4.500 drzew, w tem 550 szlachetnych owocowych, 10.000 sztuk kultury dwuletniego świerku i 5.700 krzewów ozdobnych W przygotowaniu aleje róż pnących między pawilonami dla chorych.

Przy końcu 1920 roku liczył Zakład 5 lekarzy oddziałowych są nimi prymarjusze: Dr. Morawski, Dr. Czarniecki, ordynarjusze: Dr. Stryjeński, Dr. Issajewicz, sekundarjusz: Dr. Stawarz. W rzeczywistości pełni służbę tylko 4 lekarzy, ponieważ Dr. Stryjeński od października 1924 roku przebywa zagranicą na urlopie naukowym.

Prosektorem kontraktowym Zakładu jest od lipca 1920 roku profesor Anatomji patologicznej U. J. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Codziennie za wyjątkiem niedziel i świąt odbywają się o godz. 12 w południe konferencje lekarskie, poświęcone bieżącym sprawom oddziałowym, nadto zaś w miarę gromadzenia się ciekawszych lub wymagających omówienia przypadków pokazom chorych.

Lekarze biorą nadto udział w posiedzeniach naukowych Oddziału Krakowskiego Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego i Towarzystwa Neurologicznego, zgłaszając na nie odczyty i pokazy chorych.

Drukiem ogłoszono:

Dr. Roman Zagórski: *„O ubezwłasnowolnieniu z powodu choroby psychicznej"* (Polska Gazeta Lekarska 1922).

Dr. Juljusz Morawski: *„Zaburzenia psychiczne, powstające w związku z durem powrotnym"* (Polska Gazeta Lekarska 1923).

Z pracowni naukowych uruchomiono w listopadzie 1923 r. pracownię histologiczną.

Na rok 1925 wstawiono kredyt na urządzenie pracowni bakterjologicznej i serologicznej.

Bibljoteka lekarska liczy tomów 295, z których tomów 126 pochodzi z darów Dra Stanisława Jankowskiego i z księgozbioru śp. prof. Dra Żuławskiego.

Od rozbudowania sieci telefonicznej w roku 1923 stała się możliwą ściślejsza organizacja służby lekarskiej. Praktykowaną dotąd z powodu szczupłej liczby lekarzy i znacznego oddalenia oddziałów od ich mieszkań ordynację leków po części warunkową zastąpiono całkowicie ordynacją bezwarunkową odnoszącą się do każdego chorego i za każdym razem osobno pozostającą całkowicie i wyłącznie w ręku lekarzy. Pod pojęcie leków podporządkowano wszystkie bez wyjątku zabiegi i środki lecznicze a więc prócz leków farmakologicznych, kąpieli długotrwałych, kocowań, izolacji chorych, także ich pracę. Zmiana ta obciążyła wprawdzie w wysokim stopniu nielicznych lekarzy Zakładu, wymagając od nich ustawicznej interwencji na oddziałach w dzień i w nocy (dyżur nocny wypada co 4-ty dzień, na bardziej odpowiedzialnych jednak oddziałach interweniują w nocy lekarze oddziałowi bez względu na dyżur), pozwoliła jednak znacznie podnieść poziom opieki lekarskiej nad chorymi i ograniczyć stosowanie środków nasennych i odurzających. W tym względzie poprawiają się stosunki z miesiąca na miesiąc mimo wzrastającego przepełnienia, zwłaszcza chorymi niespokojnymi.

Zestawienia liczbowe za ostatnie miesiace 1924 roku przedstawiają się w tym względzie następująco: w ciągu listopada zastosowano na oddziałach kobiecych 24 dawki leków nasennych u 12 osób, w grudniu 30 dawek leków nasennych u osób 15 na oddziałach męskich w listopadzie 48 dawek u osób 20, w grudniu zaś 59 dawek u osób 26. Injekcyj hyoscyny nie było na oddziałach kobiecych w listopadzie ani jednej, w grudniu zaś wstrzyknięto lek ten jeden raz. Natomiast na oddziałach męskich wstrzyknięto 26 razy hyoscynę 16 osobom w listopadzie i 37 razy 26 osobom w grudniu. Różnica na niekorzyść oddziałów męskich wynika przedewszystkiem stąd, że są one stosunkowo znacznie więcej przepełnione, aniżeli kobiece — przeszło o 100 mężczyzn więcej niż kobiet wśród chorych — nadto zaś wskutek ukończonego dopiero w połowie grudnia gruntownego remontu oddziału dla niespokojnych mężczyzn mieścili się oni tymczasowo na oddziale dla przestępców, zupełnie niedostosowanym i nienadającym się do takiego celu.

Od stycznia 1922 roku nie używa się zupełnie w Zakładzie kaftanów przymusowych i Zakład nie posiada wogóle ani jednego okazu tego środka krępującego. Ilość łóżek siatkowych ograniczana stopniowo od roku 1920 zmniejszyła się w roku 1924 do dwóch (po jednem na oddziałach niespokojnych mężczyzn i kobiet). Cztery izolatki dla chorych, któremi Zakład — nie wliczając izolatek na pawilonie dla przestępców — rozporządza, używane są tylko sporadycznie, izolacje chorych, trwające dłużej nad ½ godziny, należą do wyjątków. W listopadzie izolowano wogóle 14 kobiet 37 razy i 17 mężczyzn 77 razy, w grudniu 20 kobiet 43 razy i 13 mężczyzn 65 razy. Natomiast eksploatuje się w najszerszych możliwie granicach ważny dla kąpieli przedłużonych, ale tylko w porze dziennej (w nocy z powodu niedostatecznej ilości służby nie mogą być eksploatowane). Najdłuższy czas trwania tych kąpieli nie przekracza 12 godzin.

Z powodu nadmiernego przepełnienia, zwłaszcza na oddziałach dla niespokojnych, nie można się obejść bez zawijań w koce.

W listopadzie zastosowano na oddziałach kobiecych kąpieli przedłużonych 363 u 57 osób, w grudniu 347 u 57 osób, na oddziałach męskich zastosowano w listopadzie 264 kąpieli u 48 osób, w grudniu 246 u 55 osób W obu tych miesiącach było na oddziałach kobiecych zawijań w koce 151 u 52 osób i 136 u 54 osób, na oddziałach męskich 246 u 53 osób i 184 u 68 osób.

Przeciętna dzienna ilość chorych zatrudnionych pracą stanowiła w drugiej połowie grudnia 1924 od 58 do 60% wszystkich chorych. Odsetek ten był już w ciągu roku 1924 większy, w miarę jednak wzrastającego przepełnienia Zakładu ilość pracujących na oddziałach szczególnie przepełnionych poczęła malec z powodu zajęcia łóżkami wszelkich prawie miejsc wolnych (najbardziej przepełniony pawilon mieści od szeregu miesięcy na 40 etatowych łóżkach do 126 chorych!). Z rozbudową pracy chorych idzie w parze znaczne ograniczenie systemu pościelowego, jako środka leczniczego. Ustalono dla systemu tego następujące cztery ścisłe wskazania:

1. potrzeba szczególnie ścisłego nadzoru,
2. stany podniecenia,
3. obłożna choroba,
4. zanieczyszczanie się (cel: prawidłowa pielęgnacja i systematyczne odzwyczajanie).

Pierwszym etapem pracy chorych jest strzępienie szmatek i pomoc w sprzątaniu na oddziale Od roku 1920 wszystkie prace w polu i ogrodzie, nie wyłączając koszenia i żęcia, spełniają chorzy — sił najemnych w gospodarstwie rolnem i ogrodowem nie używa się zupełnie. Od wiosny roku 1922 rozpoczęto plantowanie lnu, konopi i wikliny. Przeróbkę lnu i konopi od stanu surowego aż do uprzędzenia nici wykonują wyłącznie chorzy. Zapas nici lnianych jest już tak wielki, że można było przystąpić do założenia tkalni. Dzięki pomocy Tymczasowego Wydziału Samorządowego ma Zakład otrzymać w najbliższej przyszłości 6 warsztatów tkackich, równocześnie zaś przybywa instruktor, który zorganizuje pracę w tym dziale na oddziałach. Zapas wikliny jest tak znaczny, że prymitywnie prowadzony dotąd dział pracy koszykarskiej zostanie rozwinięty prawidłowo przy pomocy zamówionego już instruktora przemysłu koszykarskiego, przyczem przewiduje się wyrób mebli koszykowych.

Nadto zorganizowano w roku 1923 przy pomocy skromnych funduszów, uzyskanych z przedstawień w teatrze zakładowym, prymitywny warsztat introligatorski, w którym pracuje pod kierownictwem jednego z chorych przeciętnie 8 chorych dziennie. Ilość książek oprawionych w tym warsztacie dochodzi już do 2 tysięcy. Oprawa wypada kilka razy taniej, aniżeli w mieście, poziom zaś wykonania podniósł się z biegiem czasu tak, że Zakład otrzymuje zamówienia z instytucyj państwowych z miasta, nie licząc korzyści, jakie odniósł przez tanią oprawę książek z bibljoteki lekarskiej i bibljoteki dla chorych.

Oprócz tego wyrabiają chorzy w Zakładzie koperty, pantofle, guziki, maty i rogoże ze słomy, a wreszcie narzędzia muzyczne (skrzypce, mandoliny, kontrabasy).

Oczywiście funkcjonuje w Zakładzie kilka szwalni na oddziałach, kobiety zaś nadto pracują poza oddziałami w obieralni jarzyn i kuchni Zakładowej.

Na jesień 1925 roku projektuje się zapoczątkowanie wyrobu kilimów.

Próby zorganizowania w sąsiednich wsiach opieki rodzinnej nad chorymi nie powiodły się z powodu niepomyślnych warunków miejscowych.

Rozrywek dla chorych dostarcza teatr zakładowy, urządzony w miarę skromnych środków finansowych u schyłku 1919 roku, w którym oprócz odczytów z pokazami świetlnemi odbywają się mniej więcej dwa razy w miesiącu przedstawienia teatralne i zabawy taneczne. Pierwsze urządza kółko amatorskie, złożone z chorych i służby pielęgniarskiej; na przedstawieniach teatralnych i do tańca przygrywa orkiestra zakładowa, złożona w znacznej części z chorych i pod kierownictwem chorego na instrumentach muzycznych, wyprodukowanych przeważnie w Zakładzie przez chorych.

Bibljoteka dla chorych liczy tomów 709.

Ilustrację stosunków zdrowotnych Zakładu stanowi następujące zestawienie odsetków śmiertelności w poszczególnych latach:

w roku 1918	procent śmiertelności wynosił	10,21
„ 1919	„ „ „	11,16
„ 1920	„ „	8,77
„ 1921	„ „ „	10,96
„ 1922	„ „ „	7,07
„ 1923	„ „ „	8,23
„ 1924	„ „	6,2

W miarę polepszania się stosunków komunikacyjnych Zakładu (prosektora trzeba przywozić i odwozić za każdym razem z miasta) zwiększa się też ilość wykonywanych sekcyj: w roku 1920 (prosektor czynny od połowy roku) na 96 zmarłych wykonano sekcyj 50

w roku 1921	na	153	zmarłych sekcji	99
„ 1922	„	99	„ „	59
„ 1923	„	115	„ „	100
„ 1924	„	88	„ „	70

(w styczniu i w lutym 1924 roku był Zakład z powodu zasp śnieżnych prawie odcięty od miasta).

W roku 1924, korzystając z normalnych po raz pierwszy od otwarcia Zakładu i niedewaluujących się kredytów, zniesiono resztę ograniczeń w żywieniu chorych i przywrócono normę żywienia przedwojenną.

U schyłku roku 1924 mieściło się na 13 otwartych pawilonach 16 oddziałów dla chorych (9 męskich, 7 kobiecych). Na 10 oddziałach służba pielęgniarska wyłącznie kobieca, na 5 męska (pawilon obserwacyjny, pawilon dla niespokojnych, pawilon dla przestępców, pawilon dla pracujących o drzwiach zamkniętych, pawilon dla pracujących o drzwiach otwartych, którego filją jest oddział kolonjalny na folwarku). Pawilon o służbie mieszanej kobiecej i męskiej otrzyma służbę wyłącznie kobiecą po całkowitem otwarciu pawilonu dla przestępców i przeniesieniu na ten pawilon służby męskiej. Na razie zajęty jest tylko jeden poziom pawilonu dla przestępców (25 chorych na 20 etatowych łóżkach). Częściowe uruchomienie pawilonu dla przestępców nastąpiło w drugiej połowie grudnia 1924 roku. Otwarcie tego pawilonu pozwoliło wydzielić z pośród ogółu chorych przestępczych, którzy napływają w coraz większej ilości do Zakładu, a umieszczeni wśród zwykłych chorych byli elementem rozkładczym, (psychopaci kryminalni).

Starszemi pielęgniarkami na oddziałach są Siostry zakonne (14), mające do pomocy na większych lub bardziej odpowiedzialnych oddziałach starsze pomocnicze pielęgniarki (rzy) świeckie. Wyjątek stanowi tylko pawilon dla przestępców prowadzony przez starszego pielęgniarza świeckiego. Cały personel pielęgniarski wraz z Siostrami oddziałowemi liczył u schyłku roku 1924 osób 133, na jedną więc osobę tego personelu przypadało przeciętnie około 6 chorych. Młodszy personel pielęgniarski dzieli się na nocny (19 osób) i dzienny (88 osób): liczby z końca roku. Służba nocna zorganizowana jest systemem szkockim i pełni obowiązki od 7 wieczór do 8 rano, w tem służbę posterunkową (wyłącznie pielęgniarską) od 8 wieczorem do 6 rano. Służba dzienna dzieli się na posterunkową (wyłącznie pielęgniarską) i pomocniczą, na oddziałach dozorowych posterunki trwają od 6 rano do 1 popoł. i od 1. popoł. do 8 wiecz. Co tygodnia zmieniają się posterunki poranne na popołudniowe i odwrotnie. Po zejściu z posterunku pełni pielęgniarka (rz) służbę pomocniczą. Co dziesięć dni dzień wolny od służby, codziennie od godziny 8 do 9 wieczorem wolny wychód (za wyjątkiem dyżurnych) w obrębie Zakładu i możność korzystania z czytelni Związku funkcjonarjuszów zakładowych w świetlicy otwartej na ten cel w budynku teatralnym.

Organizację wewnętrzną oddziałów dla chorych (8 typów). obowiązki i prawa wszystkich szczebli służby pielęgniarskiej oraz szczegółowe przepisy, dotyczące rodzaju i sposobów wykonywanych przez nią czynności służbowych, określono i oparto o zasady i wskazania zawarte w wykładzie kursowym Dyrektora Zakładu.

Pod względem administracyjnym i gospodarczym należy uważać Zakład za zupełnie uporządkowany. Szeregiem okólników i celowych zarządzeń ujęto cały bieg życia zakładowego w ścisłe normy. We wszystkich zakresach i działach przeprowadzono dokładną inwentaryzację, w roku zaś 1922 zorganizowano magazyn techniczny, z początku jako magazyn odrębny. od przeszło zaś roku stanowiący poddział magazynu sprzętów. Wszystkie poszczególne inwentarze zakładowe podlegają co miesiąc ścisłej kontrol i szkontrom, każdy wykryty brak lub ubytek jest przedmiotem szczegółowych dochodzeń celem wykrycia winnych i pociągnięcia ich do odpowiedzialności pieniężnej. Magazyn rzeczy chorych zreorganizowany w roku 1921 funkcjonuje prawidłowo.

W roku 1921 zmieniono całkowicie plan uprawy ziemi; Zakład produkuje odtąd, poza 16 morgowym ogrodem warzywnym, prawie wyłącznie paszę dla inwentarza, gdyż, jak wykazało doświadczenie, natrafiano na największe trudności w zdobyciu siana i koniczyny dobrej jakości. Wobec znacznej ilości chorych pracujących w polu i ogrodzie stała się od dwóch lat aktualną sprawa powiększenia gospodarstwa zakładowego przez wydzierżawienie przynajmniej 200 morgowego folwarku, dotychczas jednak nie można było tego zamierzenia urzeczywistnić, ponieważ okoliczne folwarki wydzierżawione zostały już osobom prywatnym na czas dłuższy.

Stan inwentarza zakładowego przedstawiał się z końcem roku 1924 następująco:

8 koni (ilość koni została zredukowana w roku 1922 do 8),
3 pary wołów,
23 krowy,
1 stadnik,
89 sztuk nierogacizny.

W lecie roku 1923 rozpoczęto hodowlę rasowych kur zielononóżek, hodowla innego rodzaju drobiu w zaczątku.

Rzeźnia zakładowa, dzięki inicjatywie nowego zarządcy, rozwija się pomyślnie i pokrywa nietylko własne zapotrzebowanie Zakładu i funkcjonarjuszów, ale zaopatruje w mięso szpital św. Łazarza w Krakowie.

Stosunki komunikacyjne Zakładu polepszyły się od roku 1920 znacznie przez przydział 1 samochodu osobowego, jednego samochodu sanitarnego i 1 samochodu ciężarowego przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego. Samochód osobowy został przy redukcji środków komunikacyjnych w roku 1922 Zakładowi odjęty, w tymże jednak roku przydzielił ówczesny Naczelny Nadzwyczajny Komisarz do walki z epidemjami Prof. Dr. Emil G o d l e w s k i drugi samochód ciężarowy, na którego podwoziu osadzono zbudowaną w Zakładzie karoserję oszkloną i stworzono w ten sposób omnibus samochodowy, mogący pomieścić wygodnie do 30 osób. Omnibus ten kursuje odtąd stale codziennie do Krakowa, zabierając o godzinie 7-mej rano dzieci szkolne i przywożąc je z powrotem o 3-ciej popołudniu wraz z rodzinami odwiedzającemi chorych. Trzy razy na tydzień odbywa ten samochód turę popołudniową do miasta i z powrotem. Pokrywa on z nadwyżką koszta swego utrzymania i remontu.

Dochody Zakładu za rok 1924 wyniosły:

1.	Dochód ze sprzedaży biletów autobusowych	9.223·51	Zł
2.	Opłaty za leczenie chorych	237.467·09	„
3.	Dochody z uprawy ról i ogrodu	28.540·39	„
4.	Różne	2·41	„
	Dotacje Tymczasowego Wydziału Samorządowego	807.403·16	„
	Razem:	1,082.636·56	Zł

Wydatki Zakładu za rok 1924 wyniosły;

1.	Płace personelu (łącznie z dodatkami)	281.621 96	Zł
2.	Inne wydatki osobowe	9.684·25	„
2.	Opał, światło, woda i utrzymanie porządku	161.020 39	„
4.	Konserwacja budynków, urządzeń technicznych i toru przemysłowego	225.013·48	„
5.	Utrzymanie kancelarji i bibljoteki lekarskiej	3.415·67	„
6.	Podróże służbowe, środki lokomocyjne	15.017·39	„
7.	Różne wydatki, utrzymanie kaplicy, domu rozrywkowego, zakupno przyborów liturgicznych	2.483·08	„
8	Budowle nowe (złoża oksydacyjne oczyszczalni biologicznej ścieków)	21.821·60	„
9.	Żywienie chorych	194.157·39	„
10.	Zakup i naprawa naczyń, sprzętów, bielizny i odzieży, pranie i t. p.	113.522·34	„
11.	Leki i wydatki sanitarne	2.490·28	„
12	Urzymanie pracowni naukowej i prosektorjum	1.326·39	„
13.	Szkoła pielęgniarska	905 00	„
14	Koszta pogrzebowe	20·40	„
15.	Utrzymanie ogrodu warzywnego i folwarku	28.971·38	„
16.	Wymiana 6 koni	3.831·85	„
	Razem:	1,065.301·85	Zł

Personel Zakładu składał się z końcem roku 1924 z następujących osób:

Lekarzy i urzędników (łącznie z kapelanem) 20 — personelu pielęgniarskiego (łącznie z 14 Siostrami zakonnemi) 133 — personelu administracyjnego, technicznego i gospodarczego (łącz-

nie z 12 Siostrami zakonnemi zatrudnionemi w tym zakresie) 113 — razem 266 osób.

Z pośród licznych szczegółów opuszczonych z powodu szczupłości miejsca zaznaczyć jeszcze należy rozwinięcie na dużą skalę działu kwiatowego przy oranżerji oraz zorganizowanie ochronki dla dzieci funkcjonarjuszów Zakładu pod nazwą „Klubu Dzieci" (założycielka p. Cecylja Śniegocka z Warszawy, prowadzi ochronkę p. Drowa Czarniecka).

Zamykając powyższy zarys rozwoju Zakładu Kobierzyńskiego po koniec roku 1924 można go ująć w krótkości w sposób następujący:

Po 2-letnim prawie początkowym okresie zamętu i rozstroju, wywołanym ciągłemi zmianami w Kierownictwie Zakładu i szczególnemi warunkami ogólnemi i lokalnymi stanowi pięciolecie od jesieni 1919 roku po koniec 1924 roku okres porządkowania, wykańczania i organizowania Zakładu. Okres ten cechują nadto usilne starania o postawienie Zakładu na poziomie wzorowego współczesnego Zakładu psychjatrycznego i o podkreślenie jego niezwykłego piękna architektonicznego przez wykończenie szczegółów (kaplica) i przez przygotowanie mu odpowiedniego tła pejzażowego. Jeżeli nie wszystkie te usiłowania zdołano bądź to z powodu krótkości czasu, bądź z powodu trudnych warunków pracy, bądź wreszcie z powodu braku dostatecznych środków materjalnych w całej pełni urzeczywistnić, to w każdym razie wytknięto Zakładowi silnie zarysowane linje kierunkowe dalszego rozwoju, które powinny mu w niedalekiej przyszłości zapewnić należne stanowisko wśród Zakładów psychjatrycznych. Poważnem niebezpieczeństwem dla prawidłowego rozwoju Zakładu jest jednak nadmierne i wciąż wzrastające przepełnienie i dlatego uważać należy rozbudowę Zakładu przez uzupełnienie go dalszymi 8 pawilonami dla chorych i pomnożenie w ten sposób łóżek etatowych do 800 za sprawę już obecnie aktualną, a nawet nie cierpiącą zwłoki.

Oceny i sprawozdania.

Ch. Achard. **Cinq leçons sur le diabète.** (Paris. J. B. Baillière et fils. 1925).

W niewielkiej książeczce (136 str.) podał profesor Achard stan obecny poglądów na cukrzycę, na niedomogę glikolityczną i związaną z powyższemi zagadnieniami sprawę insuliny.

Niezwykła sumienność opracowania tematu przebija i z tej ostatniej pracy Achard'a. Wśród specjalistów badaczy książka powinna obudzić żywsze zainteresowanie, oparta jest bowiem w znacznej mierze na osobistych, prowadzonych w ciągu długich lat, badaniach autora i uczniów jego, zarówno laboratoryjnych jak i klinicznych. Jako ścisły wzór wykładów klinicznych Achard'a przeznaczonych dla studentów, książka jest napisana nadzwyczaj przystępnie i wciąga stopniowo czytelnika w głębię zagadnień związanych z cukrzycą. Jest wzorem krótkiego, wyczerpującego wykładu.

W rysie historycznym, umieszczonym w wykładzie pierwszym, autor przytacza stopniowy rozwój prób nad wyodrębnieniem istoty czynnej trzustki, w których sam brał żywy udział, a które w znacznym stopniu ułatwiły pracę Banting'owi nad otrzymaniem jego insuliny.

Zasługuje na uwagę, że Achard był pierwszym, który próbował działania kwaśnych wyciągów z trzustki.

Pięć wykładów, z których się składa książeczka, poświęcone są kolejno przyswajaniu cukrów w ustroju, gdzie autor podnosi również sprawę przyswajania galaktozy i lewulozy, badaniom klinicznym nad niedomogą glikolityczną, gdzie roztrząsa również wartość i znaczenie prób klinicznych nad glikozurją i hiperglikemją. Rozważa kolejno niedomogę glikolityczną w chorobach ogólnych (ostrych, zakaźnych, gruźlicy, chorobach nerek i wątroby), w chorobach gruczołów dokrewnych (nadnerczy, przysadki i tarczycy), wreszcie cukromocze samoistne.

Omawia jako oddzielne postacie *diabète bronzé*, cukrzycę pochodzenia nerwowego i urazowego, wreszcie w wykładzie czwartym badania, przedewszystkiem własne, nad zaburzeniami przemiany materji w cukrzycy rzeczywistej. Autor bardzo słusznie wprowadza zamiast terminu *acidosis*, termin *acidocétosis*, a zamiast *diabète sucré* — *diabète glycosurique* — jako ściślejsze.

Ostatni wreszcie wykład poświęcony jest leczeniu cukrzycy, przedewszystkiem przez insulinę, przyczem autor również w znacznym stopniu opiera się na doświadczeniu własnej kliniki.

Książka Achard'a, wielkiego przyjaciela Polaków, zyska niewątpliwie szerszą poczytność i u nas.

Z. Michalski.

Przegląd piśmiennictwa.

Wiener Archiv für Innere Medicin.

Tom IX. Z. 2.

Hitzenberg i Reich. **Badania nad kształtem i położeniem żołądka na podstawie odlewów z szybko stygnącej masy.** Bezpośrednio po śmierci wypełniano żołądek zwłok leżących stearyną, która stygła w ciągu $^1/_2$ godziny, i utrwalała kształt żołądka analogiczny do tego, jaki jest znany z obrazów roentgenowskich, sporządzanych za życia.

Hitzenberger. **Zależne od czynności serca ruchy prawej części przepony.** Uzasadnia na podstawie badań roentgenolog. i kymograficznych przypuszczenie wypowiedziane w tem piśmie przed dwu laty, że zależne od czynności serca ruchy przepony wywołane są przez skurcze i rozkurcze wątroby, posiadającej tętnienie ujemne.

Winkler. **Badania doświadczalne nad zagadnieniem powstawania szmerów oddechowych.**

I. O zachowaniu się szmerów powstających w czasie przepływania gazów przez pojedyncze i złożone, dichotomicznie i drzewkowato rozgałęzione, elastyczne układy rur.

Obszerne sprawozdanie z badań, których wyniki są następujące:

Szmery słyszalne nad dichotomicznie i drzewkowato rozgałęziającemi się układami rurek elastycznych są zupełnie podobne do klasycznych fizjologicznych szmerów oddechowych, t. j. oddechu pęcherzykowego, a różnią się tylko przez swą szczególną dźwięczność. Włączenie ośrodków powietrznych dźwięczność tą usuwa.

Szmer odpowiadający klasycznemu oddechowi oskrzelowemu, który odznacza się wzmocnieniem i długością trwania szmeru w czasie odpływania gazu w stosunku do szmeru przy wchodzeniu gazu, występuje przy niedrożności i równoczesnem włączeniu miernego zwężenia którejkolwiek głównej gałęzi, szczególnie przy niedrożności drobniejszych odcinków obficie rozgałęzionego układu rur elastycznych. Szczególnie wyraźnie występują te zjawiska, jeżeli badania te dokonywane są pod wodą.

Berger i Untersteiner. **Wpływ okresu wylęgania, gorączki i okresu ozdrowieńczego ostrych chorób zakaźnych na ciała białkowe surowicy krwi. Badania leczenia malarją porażenia postępującego.** Możność dokładnego ustalenia i spostrzegania wszystkich okresów malarji podczas leczenia nią porażenia postępującego pozwala wglądnąć w mechanizm procesów zachodzących w ciałach białkowych surowicy.

I tak: W okresie wylęgania, bezpośrednio po wstrzyknięciu krwi zaznacza się zmniejszenie ilości całkowitego białka surowicy ze względnem zwiększeniem ilości globulin, z powodu zakażającego zastrzyku obcej dla ustroju krwi. Sam okres wylęgania zmian charakterystycznych nie wykazuje. Z końcem okresu gorączkowego występuje również znaczne zmniejszenie albumin z następową hipoproteinemją (5 g. %) ze względnem zwiększeniem globulin.

W okresie ozdrowieńczym zwiększenie ogólnej ilości białka, z powodu znacznego zwiększenia bezwzględnej ilości globulin, mniejszego i późniejszego zwiększenia ilości albumin. W 1—12 tygodni od ustąpienia gorączki powrót do normy. Całość zmian w białku surowicy podzielić można w ten sposób na okres »uszkodzenia« i 2 okres »naprawy«.

Wyniki powyższe zdają się przemawiać przeciw zapatrywaniu o humoralnem przechodzeniu albuminów w globuliny, jak również przeciwko ew. przypuszczeniu, że zmniejszenie ogólnej ilości białka i zwiększona zdolność wydalania i lepkość, przychodzą do skutku tylko z powodu dopływu cieczy tkankowej.

Pögel i Ceranke. **Wskaźnik katalatyczny w niedokrewności złośliwej.** Zwiększony wskaźnik katalatyczny (ponad 7,00) bywa tylko w przypadkach niedokrewności złośliwej; mniejsze liczby schorzenia tego nie wykluczają. Wskaźnik ka-

talatyczny może ulegać znacznym wahaniom u tego samego osobnika w ciągu krótkich odstępów czasu.

Ani wartość bezwzględna wskaźnika, ani jego wzrost lub opadanie, nie mają znaczenia dla rokowania.

Pollitzer i Stolz. **Badania nad patologją oddechowej przemiany materji.** Autorowie badali aparatem Krogh'a w określonych odstępach czasu wzrost przemiany materji po podaniu białka, węglowodanów i śniadania według Plaut-Liebesny. Stwierdzają, że specyficznie dynamiczna reakcja po białku jest niestałą, zależną od konstytucji danego ustroju.

Odczyn po podaniu węglowodanów zależy od ilości spożytych węglowodanów, a mniej od danych osobniczych ustroju.

Adlersberg i Samet. **Przypadek oddychania naprzemiennego.** Tą nazwą określono (Netouse.) typ oddychania, w którym regularnie po bardzo głębokim, nasilonym oddechu następuje w jednakich odstępach czasu oddech lżejszy, płytszy.

Autorzy opisują podobny typ oddychania u chorej wśród śpiączki cukrzycowej i rozpoczynającego się zrazikowego zapalenia płuc.

Petschacher i Hönlinger. **Zmiany zachodzące w ciałach białkowych i lepkości surowicy krwi przy schorzeniach nerek.** Biorąc pod uwagę czyste postacie schorzeń nerkowych według podziału Vollharda, można stwierdzić nagół, że w sprawach naczyniowych w okresie ostrym nie ma większych zmian w ciałach białkowych surowicy krwi; w okresie przewlekłym jest zmniejszenie albumin z względnem zwiększeniem globulin.

Przy schorzeniach cewkowych brak względnego zwiększenia globulin przy zmniejszeniu ilości albumin świadczy o zmniejszeniu ogólnej ilości białka surowicy.

Wskaźnik stałości koloidów, t. zw. swoista lepkość surowicy ulega zwiększeniu w sprawach naczyniowych w okresie niedomogi nerek, nie zmienia się lub zmniejsza w sprawach cewkowych.

Zmiany te są spowodowane przy schorzeniach naczyniowych przez sam czynnik chorobowy i zaburzenia czynnościowe nerek, przy schorzeniach cewkowych odnieść je należy do białkomoczu, obrzęków i zaburzeń w przemianie soli kuchennej.

Galehr. **Ciała białkowe surowicy krwi w przypadkach nowotworów złośliwych.** Stale prawie zmniejszona ogólna ilość ciał białkowych surowicy krwi jest prawdopodobnie skutkiem nie tylko zwiększenia ilości płynu, lecz także bezwzględnego zmniejszenia ilości krążącego białka.

W prostym stosunku do wzrostu guza i upadku sił stoją: względne zwiększenie ilości globulin, zwiększenie ilości azotu pozabiałkowego, i zmiany w stałości koloidów oceniane przez zwiększenie specyficznej lepkości surowicy krwi.

S. Mossor (Lwów).

Dermat. Zeitschrift.
T. 42. Z. 6. Styczeń 1925.

P. Wätzbold. **Przyczynek do powstawania barwika na podstawie badań na oku ludzkiem.** Na podstawie danych zebranych z piśmiennictwa, jakoteż na podstawie własnych spostrzeżeń opartych na badaniu 8 przypadków znamion barwikowych na spojówce oka stara się autor wyjaśnić sporną jak dotąd sprawę powstawania barwika w skórze. Zdaniem autora barwik może wytworzyć się jedynie tam, gdzie są naczynia krwionośne, ponieważ materjałem do powstania względnie wytworzenia barwika przez komórki są składniki odżywcze krwi.

Na spojówce oka spotykamy w warunkach fizjologicznych barwik w różnych jej miejscach, ale ten barwik komórek przybłonkowych kończy się ostro na brzegu (*limbus*) rogówki, brzegu obficie unaczynionym tak, że Morax przybłonek rogówki odróżnia od przybłonka spojówkowego właśnie na podstawie obecności lub braku barwika. W rogówce ludzkiej pozbawionej naczyń krwionośnych poza jej rąbkiem (*limbus corneae*) nigdy barwika nie spotykamy, natomiast znajdujemy go nierzadko wówczas, gdy w stanach patologicznych przychodzi do wytworzenia się naczyń krwionośnych w rogówce. Dowodzą tego badania Redsloba a poniekąd i spostrzeżenia E. Hoffmanna i Zurhelle'go poczynione na rogówce oczu królików. Światło jako bodziec barwikotwórczy działa przedewszystkiem rozszerzająco na naczynia krwionośne skóry, a dopiero w jakiś czas potem jako następstwo tego przekrwienia pojawia się przebarwienie skóry.

Krew dostarcza materjału do wytworzenia się barwika w skórze, być może w postaci zaczynu barwikowego, ale także i odprowadza i zabiera barwik zbyteczny (stopniowe ustępowanie przebarwień skóry). Barwik spojówki gałki ocznej podobnie jak barwik skóry wytwarzają jedynie komórki podstawowe przybłonka lub przyskórka a więc komórki pochodne zewnętrznego listka zarodkowego a nigdy komórki łącznotkankowe, pochodne listka zarodkowego środkowego. W sprawie tak spornej jak sprawa powstawania barwika należy wreszcie ustalić mianownictwo i nazywać melanoblastami jedynie te komórki, w których barwik istotnie śródkomórkowo się wytwarza a melanoforami te, które barwik doprowadzają lub odprowadzają.

S. Somogyi. **Lipaza surowicy krwi w gruźlicy skóry.** Przy rozpadzie prątków gruźliczych w ustroju odgrywa najprawdopodobniej poważną rolę mniejsza lub większa zawartość lipazy we krwi. Pod wpływem tego ciała ulega najprawdopodobniej rozpuszczeniu woskowo tłuszczowa osłonka prątków a reszty rozpadu dokonują inne swoiste przeciwciała. Dotychczasowe prace zajmujące się oznaczaniem lipazy surowicy krwi, w wielu wypadkach niezgodne, dotyczyły głównie chorych z gruźlicą płuc. S. wychodząc z założenia, że jeżeli gdzie, to w gruźlicy skóry najczęściej spotykamy się z rozpadem prątków niemal zupełnym powziął przypuszczenie iż gruźlica skóry szczególniej nadawać się może do oceniania stosunku lipazy do zmian chorobowych w skórze.

Badaniu poddał 100 przypadków w tem 89 przypadków rozmaitych postaci tocznia i gruźlicy rozmiękającej skóry, 12 przypadków liszaja rumieniowatego i 7 przypadków tuberkulidów. Tylko w tuberkulidach zawartość lipazy w surowicy krwi przewyższała normę, bo dochodziła do przeciętnej 1,1. W toczniu postacie tocznia łagodne, płaskie bez dążności do rozszerzania się, okazywały większe ilości lipazy niż postacie przerostowe i rozpadowe. W liszaju rumieniowatym ilość lipazy była różna, co tłumaczyćby można rozmaitemi postaciami gruźlicy niejednokrotnie liszajowi towarzyszącej, gdyby nie to, iż nawet bez śladów gruźlicy ilości lipazy bywały niskie. Na ogół surowice chorych dotkniętych gruźlicą skóry okazują wyższą zawartość lipazy niż surowice chorych dotkniętych gruźlicą płuc.

F. Hoff i K. Heesch. **O nieswoistem śródskórnem leczeniu chorób skórnych.** Zdobywające sobie coraz większe uznanie nowsze poglądy, że skóra nie jest tylko narządem osłaniającym ustrój, ale z pewnością także narządem mającym doniosłe znaczenie w przejawach odpornościowych ustroju, a może także znaczenie jako narząd o odrębnem wewnętrznem wydzielaniu, starają się autorowie wyzyskać w ten sposób, że używają szczepień śródskórnych jako środka leczniczego w rozmaitych schorzeniach stawów, w rzeżączce z ich powikłaniami, a obok tego w rozmaitych chorobach skórnych. Wstrzykują przytem śródskórnie ciała bynajmniej nieswoiste takie n. p. jak aolan, kaseosan lub krew własną. Najlepsze wyniki otrzymywali przy śródskórnem (nie podskórnem!) wstrzykiwaniu krwi własnej w ilości 0,1 cm^3 świeżej, własnej krwi chorego pobranej z żyły łokciowej. Tu wyrażają przypuszczenie, że w krwi takiej mogą być zawarte pewne ciała swoiste działające swoiście na skórę. Krew w wyżej podanych dawkach wstrzykują śródskórnie ściśle tego przestrzegając, by powstał w miejscu wstrzyknięcia pęcherzyk śródskórny. Wstrzykują w skórę ramienia lub uda trzy razy w tygodniu lub codziennie używając do wstrzyknięć 0,2 lub 0,3 krwi, aolanu lub kaseosanu i rozdzielając dawkę na 2 lub 3 wstrzyknięcia śródskórne. Z licznych skutecznie leczonych przypadków przytaczają wyleczenia zupełne lub częściowe: z przypadków wyprysku (w jednym wyprysk trwał od lat 30) jeden przypadek róży (nawracającej od lat 20) jeden przypadek różycy i jeden liszaja czerwonego płaskiego.

H. Odenthal i F. Kohl. **Krytyczne uwagi do pracy: Leczenie rzeżączki kobiet, szczególniej leczenie gorączkowe wstrzykiwaniami mleka.** Zalecane przez Rumpla leczenie rzeżączki u kobiet przez równoczesne wstrzykiwania arthi-

gonu (dożylne) i mleka (śródmięśniowe) wypróbowali autorowie na własnym dość obszernym materjale chorych, ale nie otrzymali bynajmniej wyników zachęcających.

W wielu wypadkach niezdołali uzyskać wymaganej wyższej ciepłoty, a tam, gdzie wzniesienia ciepłoty były znaczne nie wywierały bynajmniej wpływu niszczącego na dwoinki rzeżączkowe. Autorzy przytaczają jako przykład przypadek, w którym po zastosowaniu tego »leczenia gorączkowego« ciepłota wzniosła się do 43° C po godzinie opadła, a w następnych dniach dochodziła do 39° C, ale pozostała bez wpływu na dwoinki rzeżączkowe. Przestrzegają przed nieobojętnemi dla ustroju tak znacznemi a zresztą bezskutecznemi, odnośnie do rzeżączki, zwyżkami ciepłoty i zwracają uwagę, że nawet diatermja miejscowa, zabieg z pewnością bezpieczniejszy, nie daje wyników korzystnych. Próby leczenia jovitoforezą zawiodły również. Zdaniem autorów wyższe ciepłoty czy ogólne czy miejscowe nie niszczą dwoinek rzeżączkowych bezpośrednio tylko raczej pośrednio przyśpieszając wchłanianie się nacieków i wysięków.

Lenartowicz (Kraków).

Zeitschrift f. Augenh.

B. 53. H. 1–2.

R. Deutschmann. **Czy zanik nerwu ocznego da się leczyć operacyjnie?** Za przykładem Frieda, który zapomocą nakłucia przedniej komory otrzymał poprawę poczucia światła jakościowego w 2 przypadkach, próbował autor tej metody leczniczej w 12 przypadkach.

Sądzono, że zapomocą obniżenia ciśnienia wśródocznego, przyjdzie do rozszerzenia się naczyń i do poprawy odżywienia nerwu ocznego. Autor zatem wykonał w 6 przypadkach zaniku nerwu ocznego, rozmaitego pochodzenia, sklerektomję, w czterech wypadkach zaniku nerwu ocznego i w 2 przypadkach zapalenia barwikowego siatkówki, trepanację. Prócz chwilowego przekrwienia naczyń siatkówki nie otrzymał żadnego leczniczego wyniku ani przy zaniku nerwu ocznego, ani przy zapaleniu barwikowem siatkówki.

H. 5—6.

Gilbert. **W sprawie operacyjnego leczenia zaniku nerwu ocznego.** W kilkunastu przypadkach zaniku nerwu ocznego kilkakrotne nakłucia przedniej komory nie dały żadnej poprawy przedmiotowej prócz sugestywnej poprawy podmiotowej.

Bd. 54. H. 1–2.

Kumer, Sallmann. **O leczeniu gruźliczych schorzeń powiek, spojówki i woreczka łzowego za pośrednictwem radu.** Pomyślny wpływ promieni Roentgena i radu na tkankę gruźliczą jest znany od wielu lat. Istota działania promieni jeszcze jest nierozstrzygnięta. Prócz siły bakterjobójczej wchodzi tu w rachubę działanie promieni na przebudowę tkanki patologicznej, która stwarza niepomyślne podłoże dla rozwoju prątków gruźliczych. Rozmaite postacie gruźlicy oddziaływują niejednolicie na promienie radu, dlatego wskazany jest dobór przypadków. Ilość przypadków ogłoszona w piśmiennictwie jest bardzo mała, byłoby zatem usprawiedliwionem podzielić się uzyskanemi doświadczeniami. Z rozmaitych postaci tocznia pospolitego nadają się najlepiej do naświetlań ogniska przerostowe i wrzodziejące. Na płaskie guzki tocznia promienie nie działają. Tego rodzaju postacie tocznia jak *lupus maculosus*, który najczęściej zdarza się na powiekach należy najpierw przypalić thermocauterem a następnie naświetlić. Do naświetlań nie nadają się ogniska duże wielkości dłoni i wyniosłości t. zw. *plaques*, przechodzące w blizny. Przypadki leczone radem na równi z przypadkami leczonemi światłem Finsena nie pozostawiają dużych blizn. Dawki powinne być małe. Autor stosował promienie X. co dwa tygodnie w dawce 10—40 mg. Nawroty rzadko. W schorzeniach gruźliczych spojówek powiekowych miał autor 4 przypadki pomyślne, naświetlone promieniami radu za pośrednictwem rurek a 100 mg. Inni mieli również pomyślne wyniki. (Aubineau - Chuiton 1 przypadek — Mesothorium, Casali 5 p. Ra., Hippel 1. p., Roentgen, Koster-Cath-Ra, Mattice-Ra, Stephenson 1 p., Roentgen, Köhne 3 p. Ra., Uthoff 1 p. *mesothorium*). W przypadkach autora trwał czas leczenia: w przypadku pierwszym 6 posiedzeń, w drugim 8, w trzecim 6, w czwartym 9, z przerwami co 2 tygodnie.

Otrzymał również pomyślne wyniki w schorzeniach gruźliczych woreczka łzowego. W 10 przypadkach po przejściu objawów zapalnych dała się jeszcze wycisnąć ropa lub śluz po ukończeniu leczenia. W połowie przypadków gruźlica była prawdopodobna, w połowie stwierdzona. W tych przypadkach warunki wyjęcia woreczka łzowego okazały się dogodniejsze. Do drugiej grupy wlicza autor 7 przypadków leczonych, 5 z pewnem rozpoznaniem gruźlicy, w których woreczek nie dał się przestrzyknąć, ale również nie dała się wycisnąć żadna wydzielina z kanalika łzowego. Przypadki były w obserwacji przez 4 lata. Do 3 grupy należy 4 przypadki, w których z kanalika nie udało się wycisnąć wydzieliny, a kanalik dał się przestrzyknąć. Zatem jest 33% przypadków względnie pomyślnych 19% bardzo pomyślnych.

Autor omawia rozpoznanie różniczkowe schorzeń gruźliczych woreczka łzowego. Za gruźlicą przemawiają przetoki z wrzodami o miękkich, podminowanych brzegach, gąbczaste granulacje, niebiesko płowa barwa otoczenia, mała bolesność, zmiany w nosie i na skórze, na powiekach i spojówce, obrzęk gruczołów i wygląd chorego. Według Aksenfelda za cechę charakterystyczną postaci gruźliczej należy uważać guz w okolicy woreczka łzowego, płowo zabarwiony, niedający się wycisnąć, o ciastowatem elastycznem, niebolesnem wypukleniu. Przy przestrzykiwaniu rozszerza się najpierw silnie woreczek, a dopiero potem wychodzi płyn z nosa strugą. Objaw ten pozwala odróżnić wypuklenie Aksenfelda od guza t. z. *tumor praelacrymalis* Francuzów. Ropa jest w tych przypadkach jałowa. Rozpoznanie pomimo wszystko jest trudne, gdyż postać gruźlicza może przebiegać pod zwykłą postacią przewlekłą. Technika naświetlania jest bardzo pojedyncza. Rurkę z radem zwraca się na miejsce schorzałe, okolicę rany i gałkę oczną zakrywa się celluloidem, lub ołowianemi płytami owiniętemi w gazę. Ciało świecące osłania się z boku gazą, gumą i t. p., ażeby ochronić się przed następowemi promieniami. Dawka wynosi 20—40 mg promień X. Naświetla się co 2 tygodnie. Ilość naświetlań wynosi od 5—8 do 15—20.

Wick. **W sprawie zagadnienia psychicznej ślepoty.** Chory liczy 45 lat. Od 8 r. życia opadnięcie powiek. W r. 1916 stwierdzono opadnięcie powiek i zewnętrzne porażenie mięśni gałki ocznej. Przyjęto niedorozwój jąder mięśniowych. V. p. $^5/_6$ V. l. $^5/_7$. W r. 1918 na wojnie wystąpiło pogorszenie i całkowita ślepota. Skóra głowy i szyi była wówczas niewrażliwa na dotyk i ból. Powieki zwisały. Szpara powiekowa prawa wynosiła 5 mm, lewa 2 mm. gałki zwrócone ku dołowi i nieruchome. Chory podawał, że widzi blask od strony nosowej, pozatem całkowita ślepota. Na dnie oka żadnych zmian. Przy zbliżeniu palca do oczu, zamknięcie odruchowe powiek. Stała obserwacja, ogólne zachowanie się, brak czucia skóry głowy i szyi naprowadziły autora do przyjęcia psychicznej ślepoty. Zapomocą sugestji i prądu faradycznego uzyskano bystrość wzroku obustronnie $^6/_8$. Przeciwko symulacji przemawia podana bystrość wzroku w stanie czuwania, przy słabym prądzie faradycznym. Objawów histerji brak. Podstawą do psychicznego zaburzenia było organiczne cierpienie t. j. opadnięcie powiek i porażenie zewnętrzne mięśni gałki, które nie pozwalały na dowolne użycie wzroku.

Erdmann. **Przyczynek do rozpoznania różniczkowego młodzieńczej postaci rodzinnego ogłupienia ze ślepotą (juvenilis, familiaris amaurotica idiotia).** U niemowląt można tę postać chorobową rozpoznać z wywiadów, z wiśniowo - czerwonej plamki w plamce żółtej i z zaniku nerwu. Postać młodzieńcza (Spielmayer-Vogt) nastręcza trudności. Zaczyna się w czasie drugiego ząbkowania nagłą utratą wzroku, zanikiem psychicznych czynności i napadowemi kurczami. Choroba trwa do 6 lat i kończy się śmiercią. W początkach wynik badania dna oka może być ujemny, często można spotkać zanik siatkówki z nagromadzeniem barwika i zanik nerwu. Należy wykluczyć zapalenie siatkówki barwikowe bez barwika, kiłę i niedorozwój czaszki. Autor przytacza dwa przypadki tej postaci chorobowej, które dotyczyły sióstr, jedna 9 l., druga 13 l. W obu przypadkach stwierdzono klinicznie t. z. »*dystrophia adiposo genitalis*«, z powodu guza przysadki mózgowej.

Zmiany siatki i nerwu ocznego małego stopnia z dużą utratą bystrości wzroku mogą naprowadzić na rozpoznanie rodzinnego ogłupienia ze ślepotą u dzieci starszych przy niepewnem rozpoznaniu klinicznem.

Carten. **O odgraniczonem zagłębieniu na tarczy nerwu wzrokowego.** Zagłębienie wynosiło 3 D. i zajmowało $^1/_5$ tarczy po stronie zewnętrznej, o zabarwieniu szarem, owalne, bez naczyń. Podmiotowo i przedmiotowo dał się stwierdzić mroczek okołośrodkowy, który chora zauważyła przed rokiem. Prawdopodobnie zachodzi tu proces zwyrodnienia pasemka brodawkowo-plamkowego.

Naróg (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A. Piśmiennictwo Polskie.

Warszawskie Czasopismo lekarskie Nr. 3.: S. Kramsztyk. O astenji wieku dziecięcego. — H. Kapłan i J. Konopnicki. Insulina w praktyce. — J. Pomper. Przypadek częściowego wycięcia przewodu żółciowego wspólnego. — Wł. Sterling. Objawy nerwowe w włośnicy. — J. Rutkowski. O izoaglutyninach we krwi. — J. Bujalski. Dzisiejsza organizacja lecznictwa a proletaryzacja stanu lekarskiego (dokończenie). — H. Ciągliński. Co oznacza spadek cyfry zgonów na gruźlicę w okresie powojennym?

Archiwum Historji i Filozofji Medycyny T. II. zesz. I.: — Fr. Giedroyć. Lekarze cudzoziemscy w Polsce w r. 1831. — J. Pawiński. Zarys historyczno-krytyczny postępu medycyny w zakresie terapji chorób serca i naczyń w ubiegłym XIX. stuleciu i w początku obecnego. — Z. Klukowski. Organizacja pomocy lekarskiej dla włościan w Ordynacji Nieświeskiej Książąt Radziwiłłów w pierwszej połowie XIX. wieku. — Zd. Skibiński. Wincenty Szuster, profesor anatomji w Uniw. Jagiellońskim od 1782 do 1800 r. — J. Lachs. Polscy uczniowie Padewskiej Szkoły lekarskiej. — H. Nusbaum. Rozwój pojęcia o zjawisku życia w epoce odrodzenia i części w. XVII. — St. Trzebiński. Racjonalność i racjonalizm w medycynie. — Pamiętniki Wiktora Szokalskiego wydał Rom. Wierzbicki. — Listy Izydora Kopernickiego do Talko-Hryncewicza. — H. Wrzosek. Kursa medyczne Poznańskie zorganizowane w r. 1919. — Wł. Szumowski. Piąty międzynarodowy Kongres historji medycyny.

Adres administracji: Poznań, Aleje Marcinkowskiego 15. Prenumerata półroczna wynosi 12 zł.

Nowiny psychjatryczne zesz. II. roku 1925. Al. Piotrowski. 30 lecie istnienia Dziekanki — opis Zakładu; powstanie i rozwój Zakładu; zestawienia statystyczne; sprawozdanie administracyjne za rok 1924; lecznictwo psychjatryczne w Dziekance. — R. Radziwiłłowicz. Usiłowanie. — Al. Piotrowski. Trzy przypadki napadowej zwrotnej nieruchomości źrenic po ciężkim urazie głowy. — O. Bielawski. Zespół objawów prążkowo-wzgórzowy.

Nowiny lekarskie Nr. 5. H. Ciechomski. W sprawie t. zw. śmierci grasicznej oraz stanu grasiczo-chłonnego. — J. Zaorski. Współczesne lecznictwo wrzodów okrągłych żołądka. — Hn. Aputow. Krótki rys działalności Szpitala św. Stanisława w Warszawie.

Lekarz Wojskowy Nr. 2.: H. Huszcza. Próba charakterystyki materjału poborowego w Polsce pod względem sanitarnym. — Z. Żołędziowski. Specjalne wymagania służby wojskowej przy ujednostajnieniu oznaczania ostrości wzroku. — J. Nadolski. Służba sanitarna w polu w ramach dywizji. — W. Missiuro. Laboratorjum fizjologiczne na usługach wychowania fizycznego i sportu. — S. Dobrowolski. O zatruciach ołowiem.

Ginekologja Polska zesz. X. — XII r. 1924. H. Beck. Ulcus vulvae chronicum simplex — Esthiomène. — B. Grzankowski. Ciąża w rogu macicy. — T. Zwoliński. W sprawie badań nad żywotnością plemników *in vitro*. — M. Zwejgbaum. Notatki językowe i terminologiczne.

Rozprawy biologiczne, tom II. zesz. I. — IV. Artykuły i rozprawy naukowe: S. Koeppe. Badania doświadczalne nad nosacizną. — H. Schusterówna. O technice i wynikach badań doświadczalnych na zwierzętach w związku z wytwarzaniem raka. — K. Wróblewski. Żubr Białowieskiej Puszczy. — K. Szczudłowski. Rola więzadełka pachwinowego przy zabiegu orcheotomicznym. — T. M. Olbrycht. Morgana teorja łączności i wymiany genów. — J. Markowski. O zastosowaniu gutaperchy do mas injekcyjnych. — K. Wróblewski. Szatuń czyli Szat. Epizoocja u koni w północnej Rosji. — S. Pawlik. Hodowla bydła rogatego w Polsce w zarysie.

Referaty: Z. Steusing. O odporności. — W. Moraczewski. O budowie atomów. — S. Wołoszczak. Praktyczne znaczenie i zastosowanie jadów zwierzęcych.

Przemysł chemiczny: Nr. 2. luty 1925. K. Smoleński. Podstawowe zasady technologji chemicznej. — W. Dominik. W sprawie otrzymywania taniego wodoru z gazu ziemnego. — Walery Dydejczyk. Nowa metoda destylacji ropy. — S. Suknarowski. i inż. Wandycz. W sprawie uwag P. Chmury do artykułu z doświadczeń nad destylacją ropy na wielkich powierzchniach. — Chmura Tadeusz. Odpowiedź P. P. Suknarowskiemu i Wandyczowi.

B) Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften Monachium (J. F. Lehmann), Rok XVI. Zeszyt 2. (Luty 1925) Cena 2 Mk.

Treść: 1) Prof. O. Müller. Naczynia włosowate i ich schorzenia. — 2) Sachs. Przegląd piśmiennictwa z zakresu chorób narządu krążenia. — 3) Hofbauer. Narząd oddechowy a sfera płciowa. — 4) Hofbauer. Przegląd piśmiennictwa z zakresu chorób narządu oddechowego.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 6. marca 1925.
Przewodniczy kol. Zgórski.
Obecnych 115 członków.

1. Przewodniczący a) odczytuje zaproszenie prezydjum II. Kongresu lekarskiego Francusko-Polskiego do wzięcia udziału w Kongresie;

b) zawiadamia, że Zarząd zdobył lokal i otwiera w najbliższym czasie bibljotekę i czytelnię pism (Lindego 5, dawny lokal Izby lekarskiej); z powyższego powodu na posiedzeniu Zarządu podniesiono wkładki o 2 złote kwartalnie od 1-ego kwietnia (obecnie wkładka łącznie z prenumeratą Gazety Lekarskiej wynosić będzie 12 złotych kwartalnie).

2. Kol. Gruca przedstawia **3 letnią dziewczynkę z obustronną wrodzoną ręką koszlawą (manus vara).**

Ręce obie ustawione pod kątem prostym do osi przedramienia i zwrócone ku stronie kości promieniowej. Kciuka obustronnie brak, palce wskazujące zrośnięte z palcami środkowemi w obrębie podstawowego i środkowego członu. Ruchy w stawach nadgarstka znacznie ograniczone, ku stronie promieniowej nadmierne. Ruchy palców ograniczone, w stawach śródręczno-palcowych zniesienie kości promieniowej obustronnie w całości brak, łokciowa zgrubiała i skrzywiona w kształcie litery S. Ruchy w stawach łokciowych możliwe tylko do kąta prostego i w stawach barkowych wolne. Roentgenologicznie: brak kości promieniowej obustronnie, oraz obu kciuków kości nadgarstka ograniczone do trzech po obu stronach. Wrodzona ręką koszlawa należy do wad spotykanych rzadko; do roku 1905 Antonelli zebrał 114 przypadków, Hoffa spotkał ją raz na 1444 wad wrodzonych, Dollniger na 859 nie widział ani razu, Kimisson przez 8 lat pracy w szpitalu dla dzieci widział ośm.

Wada ta występuje częściej jednostronnie, niż obustronnie i obejmuje zwykle brak całej K. promieniowej, rzadziej części obwodowej, czasem tylko środkowej. Zwykle z wadą tą łączą się inne zniekształcenia wrodzone, jak brak kciuka, syndaktylia, brak kilku palców polydaktylia, brak kości śródręcza i nadgarstka. Równocześnie z brakami w szkielecie spostrzegano niedorozwój w mięśniach, przyczepiających się do kości promieniowej (Kirnisson), brak nerwu i tętnicy promieniowej, brak niektórych mięśni ramienia. Wada pochodzi z zaburzeń zarodkowych (Schwalbe), powstałych w pierwszych 4 tygodniach życia płodowego (Kümmel).

Leczenie zależy od wieku, niedorozwoju mięśni, rozległości zmian. U małych dzieci naprostowania ręczne z nadłamaniami kości i opatrunki ustalające — u starszych zabiegi plastyczne w rodzaju kilkakrotnych — w miarę wzrostu przeszczepień kości (Ashausen) lub rozszczepienia obwodowego końca kości łokciowej i wszczepienie nadgarstka w powstałe w ten sposób widełki (Bardenheuer, Antonelli).

W dyskusji kol. T. Ostrowski: Przeszczepienie kości wraz z chrząstką nasadową, wykonane w przypadku braku kości u dziecka przez Axhausena, a przytoczone przez mówcę, dało wynik ujemny, a wykonane badanie mikroskopowe chrząstki w dłuższy czas po przeszczepieniu wykazało daleko posunięte zmiany wsteczne. O. wykonał przeszczepienie chrząstki nasadowej u dzieci (autoplastyka) w 4 przypadkach, wyniki spostrzegane w różnych odstępach czasu wykazały, że zawsze występują daleko idące zmiany wsteczne w chrząstce nasadowej, zwłaszcza w warstwie jej t. zw. komórek o układzie słupkowym. Jako wniosek ostateczny ustalił, że przeszczepianie wolnych płatów chrząstki nasadowej daje wynik czynnościowy (co do wzrostu kości) ujemny; lepszego wyniku można się spodziewać przy przeszczepianiu uszypułowanych płatów chrząstki

Szczegółową pracę o powyższem O. oddał do druku w zbiorze prac z zakładów anatomji patologicznej Uniw. polskich.

Kol. W. Janusz wygłasza wykład »**Samotna trichomikoza środkowego układu nerwowego**«. Z postępem metodyki badania laboratoryjnego i klinicznego uwaga lekarza coraz częściej zatrzymuje się nad działem biologji najmniej jeszcze poznanym, a wzbudzającym szczególne zainteresowanie nietylko teoretyka, ale też klinicysty. Działem tym jest sprawa morfologji grzybków niższych oraz patogenezy schorzeń przez nich wywołanych. Nauka chorób wewnętrznych mało dotychczas zwraca uwagi na grupę grzybic i ich przyczyny. Najczęściej i najwięcej zajmowano się grzybkiem promienicy, natomiast bardzo niewiele grzybkami innemi. Po szczegółowem omówieniu morfologji i biologji grzybków chorobotwórczych mówca zastanawia się dłużej nad podziałem włoskowca paciorkowego (streptothrix) w grupie trichomikozy i gwoli większej jasności przechyla się do poglądu Petruschky'ego używania w przypadkach, w których nie dało się wykazać wszystkich cech postaciowych i życiowych poszczególnego grzybka — określenia rodzajowego — trichomikozy, co uchroni statystykę tych schorzeń od błędów i nieporozumień. Przechodząc do podziału anatomo-patologicznego J. wyróżnia, zależnie od umiejscowienia się zmian chorobowych, trichomikozę jamy ustnej i gardzieli, trichomikozę płuc, trichomikozę przewodu pokarmowego, trichomikozę skóry. Co do układu nerwowego, to znanych jest w piśmiennictwie światowem zaledwie kilka przypadków odosobnionej trichomikozy, których opisy przechodzą z jednego podręcznika do drugiego. Częściej natomiast stwierdza się w mózgowiu ropnie grzybkowe, powstałe zazwyczaj wtórnie. W piśmiennictwie polskiem z podobnemi przypadkami spotykamy się w opisach Bełdowskiego, Morawieckiej, S. Ciechanowskiego i W. Nowickiego, spowodowane grzybkiem promienicznym. Do tych rzadszych przypadków odnoszą się również opisy osamotnionej promienicy nerwów jamy czaszkowej, a opisane przez Ernsta, jako promienica nerwów wzrokowych, i przez Stahra w zwoju półksiężycowatym. Z zestawionego piśmiennictwa wynika, że sprawy grzybkowe nitkowate nawiedzają układ ośrodkowy nerwowy przeważnie wtórnie, ogniska zaś samotnej grzybicy w mózgowiu należą, wobec braku grzybka w innych narządach, do rzeczy wyjątkowych. Takim niezwykłym przypadkiem trichomikozy środkowego układu nerwowego jest przypadek, który J. spostrzegał we Lwowie, a w którym za życia rozpoznano nowotwór podstawy mózgu. W tym przypadku po raz pierwszy w Polsce rozpoznano histologicznie osamotnioną streptotrichozę środkowego układu nerwowego, a jeśli się uwzględni pracę Herarda, który do niedawna uważał swój przypadek zmian pierwotnych układu nerwowego, wywołanych włoskowcem paciorkowym, za piąty w piśmiennictwie światowem, to należy stwierdzić, że wykazanie grzybków nitkowatych w jamie czaszkowej należy niewątpliwie do wielkiej rzadkości. Przypadek, spostrzegany przez mówcę, dotyczy kobiety lat 24, żony zarobnika, zamieszkałej na wsi, która leczyła się ua oddziale nerwowym Szpitala Państwowego. — Z łaskawie użyczonej przez p. prym. A. Domaszewicza historji choroby wynika, że obecna choroba rozpoczęła się przed 9 miesiącami silnemi bólami głowy, szczególnie po stronie lewej. Było to kilka tygodni po porodzie, chora karmiła wtedy dziecko. Od miesiąca jest jej znacznie gorzej, bóle stały się silniejsze, powieki na lewem oku nie może podnieść. Apetyt jest dobry, stolec i mocz oddaje prawidłowo. Poronień nie było. W szpitalu chora często traci przytomność i stwierdza się wyraźne objawy oponowe, usta silnie zaciśnięte, przy podawaniu pokarmów krztusi się. Sekcja, wykonana dn. 5. VI., wykazała, co następuje. J. ogranicza się do szczegółowego opisu głowy. Przy oględzinach zewnętrznych, jakoteż sekcji narządów wewnętrznych, nie zanotowano nic godnego uwagi. Po wyjęciu mózgowia, ciężaru 1.380 gr. wybitnie przekrwionego, z jamy czaszkowej uderza przedewszystkiem wyniosłość zgrubiałej opony twardej podstawy czaszki, w okolicy *foramen lacerum anterius*, po stronie lewej od siodełka tureckiego, wielkości i postaci małego jaja kurzego, ulegającą od szczytu rozpadowi. Na przekroju tkanka ta wykazuje jednostajne utkanie blado-żółtawej barwy, przypominająca tkankę włókniaka zbitego. Powierzchnia przekroju jest wilgotną, gdzieniegdzie dopatrzeć się można różnopostaciowych ognisk rdzawych, które są jak gdyby wpryśnięte w tk. włóknistą. Wyrostki pochyłe tylne siodełka tureckiego od strony lewej są chropowate i nadżarte. Przysadka mózgowa nie wykazuje zmian widocznych. Opony miękkie w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych, mostu a nawet rdzenia podłużnego, przeważnie po stronie lewej, wykazują obecność tkanki ziarninowej. W uchu środkowem znajduje się zawartość krwawo-soczysta bez obecności składników ropy. Badanie drobnowidowe skrawków z wyniosłości podobnej do nowotworu, wykazuje pod małem powiększeniem gęstą sieć nitek w postaci długich przecinków, wykazujące pod dużem powiększeniem na końcach zgrubienia kolbowate. Leżą te nici przeważnie pozakomórkowo i tylko niektóre z nich znajdują się także w komórkach. Większość tych nitek wykazuje nawet przesmykowate przewężenia, jak gdyby w tych miejscach dzieliły się one dichotomicznie. Dookoła grzybka stwierdza się tkankę zapalną o charakterze przewlekłego stanu zapalnego. W otoczeniu najbliższem grzybków układają się komórki owalne z dużem jądrem i skąpą pierwoszczą: są to przeważnie komórki wielojądrzaste typu Maksimowa, dalej limfocyty o jądrach obfitujących w chromatynę. Gdzieniegdzie spotyka się większe skupienia komórek olbrzymich. Pozatem stwierdza się nieco makrofagów, przeważnie nietypowych. Na obwodzie można zauważyć komórki, których jądra ulegają rozpadowi — chromatolizie. Nieliczne komórki okazują zawartość eozynochłonną; obok nich stwierdza się również komórki nabłonkowate, niekiedy występujące w postaci olbrzymich tworów. Całość odpowiada ziarniniakowi, w którym są grzybnie włoskowca paciorkowego. Obfite naczynia są szczelnie wypełnione krwią, błona wewnętrzna ich jest wyraźnie zgrubiała i wybujała, oraz ulega zwyrodnieniu szklistemu. Opona twarda w pobliżu grzybni wykazuje również zmiany szkliste. Badanie kory mózgowej wykazuje obraz neuronofagji komórek nerwowych, a odpowiednio do tego w częściach obwodowych stwierdza się wyraźne bujanie gleji. Obraz anatomiczny wykazuje zatem, że w przypadku omawianym zachodzi ogniskowe zakażenie trichomikotyczne, odpowiadające, według zewnętrznych cech, włoskowcowi paciorkowemu, który spowodował przewlekły umiejscowiony stan zapalny w postaci ziarniniaka, usadowionego na podstawie czaszki w twardówce w okolicy otworu poszarpanego przedniego po stronie lewej; tu bowiem stwierdzono największe zmiany, które co do czasu prawdopodobnie muszą być najstarszemi. Droga wtargnięcia grzybka chorobotwórczego do jamy czaszkowej w omawianym przypadku nie była anatomicznie zaznaczoną i przypuszczać należy, że zwykłe wrota tego zakażenia muszą być brane pod rozwagę. O drodze przerzutowej wobec braku ognisk grzybkowych gdziekolwiek w innem miejscu na obwodzie nie może być mowy. Więc pozostaje do stwierdzenia, że przypadek ten może być uważany, jeśli tak można, za pierwotną zmianę jamy czaszkowej o niewyświetlonym sposobie wtargnięcia grzybka. Rozpoznanie trichomikozy samotnej w jamie czaszkowej wzbudza dla klinicysty specjalne zainteresowanie, boć w przypadkach grzybicy przerzutowej z innego jakiego ogniska rozpoznanie zresztą nie przedstawia większych trudności. Dla celów rozpoznawczych uciekano się do najrozmaitszych prób i sposobów, jak nie szczędzono wysiłków w kierunku leczniczym, które zgodnie orzekają, że pomimo stosowania najrozmaitszych sposobów, jedynym środkiem leczniczym pozostaje po dziś dzień preparat jodu. Na stole sekcyjnym rozpoznanie trichomikozy najczęściej uchodzi za gruźlicę lub kiłę i dopiero badanie drobnowidowe jest w stanie sprawę w zupełności wyjaśnić. Mówca przypomina, że dla celów rozpoznania różniczkowego anatomicznego ważnem jest pamiętać, że w mózgu mogą wystąpić podobne obrazy przyrody wręcz niepasożytniczej a raczej inwolucyjnej. Są to t. zw. grudki martwicze kory mózgowej, które w ostatnich latach zajęły uwagę neuro- i histopatologów. Podobieństwo tych grudek do tworów pasożytniczych upoważniło O. Fischera nazwać je »sferotrichozą« i łączył wykazanie tych tworów z przyczyną anatomiczną presbiofrenji. Badania jego histologiczne zostały potwierdzone przez Oppenheima, Fullera, Simchowicza i szkołę Alzheimera. Przytoczone poglądy z piśmiennictwa nowoczesnego najjaskrawiej zaprzeczają pochodzeniu pasożytniczemu w powstawaniu grudek ogniskowych, stwierdzonych w mózgu psychicznie chorych starców. W podobnych przypadkach wątpliwych anatom, podobnie jak i internista w przypadkach posocznicy o niewyraźnem pochodzeniu, powinien zawsze pamiętać o możliwości wystąpienia sprawy grzybkowej. Dopełnieniem wykładu było przedstawienie preparatu czaszki oraz skrawków drobnowidowych (Autoreferat).

W dyskusji kol. Domaszewicz: Nadzwyczaj rzadki przypadek trichomicosis mózgu, wszechstronnie opracowany przez mówcę, zasługuje na uwagę także ze względu na obraz kliniczny. Szczegółowe przedstawienie historji choroby zbyt wiele zabrałoby czasu, ogranicza się zatem do najważniejszych objawów, na podstawie których oparł rozpoznanie. Zajęcie licznych nerwów mózgowych, a mianowicie III., IV., V., VI., VII., po stronie lewei, sztywność źrenic na światło i bardzo nieznaczny wiotki niedowład kończyn po stronie przeciwnej oraz objawy oponowe przemawiały niewątpliwie za procesem zapalnym w oponach na podstawie czaszki. Ujemny odczyn Wassermanna we krwi i w płynie, przy pleocytozie, zwiększonej ilości białka i globulin oraz nieprawidłowych krzywych złota i Mastix, nie pozwalał na rozpoznanie sprawy kiłowej, dającej najczęściej podobny obraz kliniczny. Brak prątków Kocha i ujemny wynik bakterjologicznego badania nie upoważniał w dalszym ciągu obserwacji klinicznej do podejrzeń o gruźlicę. Leczenie rtęciowo-salwarsanowe przyniosło nieznaczną poprawę niedowładów i stanu podmiotowego, jednak wkrótce stan zaczyna się pogarszać, występują niedowłady nerwów mózgowych po stronie drugiej, niedowład wiotki obu kończyn dolnych, na dnie oczu tarcza zastoinowa. Wobec niemożności wyjaśnienia natury sprawy chorobowej, toczącej się niewątpliwie na podstawie czaszki, rozpoznanie kliniczne brzmiało: **Guz na podstawie czaszki.**

Autopsja potwierdziła w zupełności rozpoznanie kliniczne, niespodzianką natomiast był wynik badania histologicznego, które wykazało Trichomicoma pierwotne podstawy czaszki, schorzenie, którego przyrody, wobec pierwotnego usadowienia

się sprawy na podstawie czaszki, klinicysta za życia nie mógł rozpoznać.

Kol. L e s z c z y ń s k i podnosi 1) brak ustalonej systematyki botanicznej grzybków chorobotwórczych, wskutek czego dzisiaj nie podobna zorjentować się w pasożytach roślinnych; 2) trudności rozpoznawcze przebiegu klinicznego polegają na podobieństwie do gruźlicy i kiły, tembardziej, że terapeutycznie stosowany jod przy wszystkich trzech schorzeniach nie jest bez wpływu na ich przebieg.

Następnie L. zdaje sprawę z dalszej obserwacji chorej z *aspergillozą*, przedstawionej w r. z. w Towarzystwie lekarskiem.

Leczenie aspergillozy dało wynik — jak się wydaje — mniejszy, niż jod i jodek potasu wśródżylnie. Disiaj przedstawia się trudność w oznaczeniu, czy chora jest wyleczona, czy też jeszcze nie. Klinicznie sprawa przedstawia się, tako wyleczona.

Kol B a r ą c z podnosi **rzadkość promienicy mózgowej** (dotychczas znanych 20. przypadków). Powstaje ona albo przez wędrowanie grzybka ze sąsiedztwa, albo rzadziej drogą przerzutów. Z okolicy szczęki górnej i okolicy skroniowej może sprawa chorobowa przedostać się do dołu skroniowego klinowo-podniebiennego (*fossa infratemporalis*) i stamtąd przez szczelinę dolną oczodołową (*fissura orbitalis inferior*) do oczodołu i tkanki pozaoczodołowej, stamtąd wreszcie może przenieść się przez tę szczęlinę i otwór nerwu ocznego na podstawę mózgu. Mówca spostrzegał podobny przypadek u 30 letniego wieśniaka na oddziele chirurgicznym kol. O s t r o w s k i e g o. Bardzo rozległy i uporczywy deskowato twardy naciek z początku zajmował okolicę skroniową prawą, okolicę szczęki górnej i dolnej i większą część szyji.

Leczenie polegało na wykonaniu operacji: nacięcia i wyskrobanie dostępnych ognisk, przyczem stwierdzono komunikację ogniska skroniowego z tworzeniem pod łukiem jarzmowym i obnażenie łuku jarzmowego. Równocześnie zastosowano leczenie wstrzykiwaniami miąższowemi 1% rozczynu siarkanu miedzi co kilka dni. Mimo to wystąpiły nowe ogniska na powiekach i sprawa chorobowa przeniosła się na okolicę wyrostka sutkowego, które to ogniska leczono w podobny sposób. Po 14 wstrzykiwaniach naciek ustąpił prawie zupełnie, tylko utrzymywał się w przedniej części okolicy skroniowej. Nagle wystąpiły bóle oka prawego, coraz wybitniej, wytrzeszcz, upośledzenie ruchów gałki ocznej i stopniowe osłabienie bystrości wzroku które doszło do 1,60 prawidłowej bystrości. Sprawa chorobowa przeniosła się zatem do dołu skroniowego (*fossa infratemporalis*) i przez dolną szczelinę oczodołową do oczodołu, a właściwie tkanki oczodołowej pozagałkowej. Celem utorowania drogi do wypróżnienia ogniska wykonał kol. O s t r o w s k i wycięcie brzegu oczodołu aż do szczeliny oczodołowej dolnej, poczem bystrość wzroku poprawiła się, rana zagoiła się i chory wypisał się ze szpitala i odjechał do domu. Polepszenie jednak nie trwało długo. U chorego wystąpiły ponownie bóle głowy, bezsenność i gorączka i chory zmarł w miesiąc po wypisaniu się ze szpitala wśród objawów zapalenia opon mózgowych. Z dotychczas znanych i opisanych 9. przypadków promienicy oczodołu 9 zakończyło się zejściem śmiertelnem, z tych w 8-u wśród objawów zapalenia opon mozgowych. Wobec tak znacznej złośliwości promienicy oczodołu i śmiertelności poleca kol. B. wykonywanie w podobnych przypadkach zabiegu bardziej radykalnego t. j. c z a s o w e j o s t e o p l a s t y c z n e j r e s e k c j i ł u k u i k o ś c i j a r z m o w e j s p o s o b e m B o n a s a, operacji lepiej odsłaniającej ognisko chorobowe, umożliwiającej wyskrobanie ogniska w dole klinowo-podniebiennym i w jamie oczodołowej pod kontrolą wzroku i dającej — według zdania mówcy — do pewnego stopnia więcej szans zapobieżenia przedostaniu się sprawy do podstawy czaszki. Nacieków promienicznych nigdy jednak nie należy wyłuszczać, tylko wyskrobywać rozmiękłe ogniska i tamponować je gazą, napojoną rozczynem siarkanu miedzi, a w nacieki należy wstrzykiwać ten rozczyn wśródmiąższowo.

Co się tyczy hipotezy W r i g h t a z Bostonu, zyskającej coraz więcej zwolenników, jakoby promienica była saprofitem, przebywającym stale na błonie śluzowej przewodu pokarmowego, który dopiero wskutek urazu lub osłabienia organizmu nabiera własności chorobotwórczych (enteroegenetyczna infekcja), to kol. B a r ą c z z zapatrywaniem tem zgodzić się nie może i przeciwstawia dowody, przemawiające za zakażeniem od zewnątrz: znajdywanie bardzo częste w ogniskach promieniczych części ciał roślinnych (ości kłosów), pokrytych koloniami grzybka, występowanie choroby przeważnie u ludności wiejskiej podczas pory młócenia zboża, niepowstawanie nowych ognisk w przewodzie pokarmowym przez połykanie śliny i plwocin, pochodzących z ognisk promienicowych i wiele innych.

Kol. O s t r o w s k i daje wyjaśnienia co do przebiegu klinicznego i wykonania operacji przypadku, omówionego przez kol. B a r ą c z a.

W odpowiedzi kol. J a n u s z zaznacza, że P e t r u s c h k y rzekomo miał otrzymać zupełne wyleczenie w 3 przypadkach streptotrichozy preparatem streptotrichiny, przygotowanej na wzór tuberkuliny.

Co do podziału grzybków niższych najdokładniejsza klasyfikacja jest — zdaniem mówcy, podana w podręczniku L i s k e.

Sekretarz doroczny: *K. Tyszka.*

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

P o s i e d z e n i e k l i n i c z n e w dniu 10. lutego 1925 r.

Przewodniczy prezes Kol. S a w i c k i.

1. Kol. H i r s z f e l d zdaje **sprawozdanie z wycieczki do Danji**, dokąd pięciu kolegów zostało wysłanych przez Departament Zdrowia w celu poznania na miejscu nowego środka przeciwgruźliczego sanokryzyny prof. M ö l l g a r d a. Mówca daje krótki rys historji doświadczeń nad działaniem preparatów złota na prątki Kocha. Pierwszym, który próbował działania soli złota był Robert Koch; następnie Behring, b. r. Linden, Feld, a ostatnio Möllgaard. Po wielu próbach otrzymał on preparat — Au $(S_2O_3)_2Na_3$ — tiosiarczan złota, który nazwał *sanocrysin*. Początkowe badania *in vitro* wykazały, że ów preparat zabija w rozczynie $^1/_{1000}$ prątki Kocha, a w rozczynie $^1/_{10000}$ — osłabia ich rozwój. Badania na zwierzętach dały wyniki bardzo pomyślne, ale wiele zwierząt (około 50%) ginęło od wstrząsu, wywołanego, zdaniem autora, przez zabicie dużej ilości prątków w organizmie, oraz z powodu białkomoczu. M ö l l g a r d stwierdza, że wstrząs ten podobny jest do wstrząsu tuberkulinowego. W wyniku badań, udało się M ö l l g a r d o w i zapobiec lub wyleczyć ten wstrząs przez stosowanie surowicy od zwierząt chorych, chronicznie. Dzięki temu autor może stosować duże dawki swego środka, starając się osięgnąć zupełne wytępienie prątków w organizmie chorym. Jednak sanokryzyna, pomimo swej wielkiej dyfuzyjności — nie dociera widocznie do mało unaczynionych gruzełków i ognisk rozpadowych, gdyż w tych przypadkach gruźlicy środek ten nie działa.

2. Kol. płk. R u d z k i przedstawia **stronę kliniczną stosowania sanokryzyny**. Dotychczas stosowano ją w Danji na 680 chorych, w kilku szpitalach i sanatorjach. Mówca stwierdza jednak, że doświadczenia te były i są jeszcze prowadzone dosyć chaotycznie. Dawkowanie jest dotychczas niewiadome. Stosowano się do danych z doświadczeń na zwierzętach, t. j. dawkowano w zależności od wagi osobnika, 1 do 2 centigramów na 1 kg. wagi. Wyniki dodatnie bezwarunkowo osiągnięto w pewnych przypadkach i dotyczy to właśnie przypadków bodaj najcięższych n. p. przy prosówce. W gruźlicy chirurgicznej i skórnej — dożylne dawkowanie nie daje nawet żadnego odczynu. Dopiero miejscowe stosowanie samokryzyny w tych przypadkach w rozcieńczeniu 3 do 5% dało niezłe wyniki. Wobec tego że książka M ö l l g a r d ' a i podane w niej doświadczenia wykazują pewien chaos — wycieczka prelegentów do Danji miała za zadanie wyjaśnienie wszelkich wątpliwości i przyjrzenie się doświadczeniom laboratoryjnym i klinicznym.

3. Kol. K. D ą b r o w s k i daje **sprawozdanie ze strony klinicznej stosowania sanokryzyny w gruźlicy płuc.**

Dyskusja. Kol. M u t t e r m i l c h zabiera głos w sprawie *hemoterapiae sterilisantis magnae*. Mówca nie zgadza się z twierdzeniem M ö l l g a a r d ' a, że jest ona wręcz szkodliwą. Zdaniem mówcy prątki Kocha, niezmiękczone w organizmie zapomocą sanokryzyny, będą znacznie odporniejsze na ten lek i rozmnażać się będą szybciej. Mówca zapytuje przedmówców, jak się ma sprawa leczenia bydła rogatego, chorego na perlicę? Kol. G l u z i ń s k i zapytuje 1) czy lekarz prywatny może otrzymać sanokryzynę, 2) kto wyrabia sanokryzynę, 3) czy referenci mieli możność zaznajomienia się z historjami chorób i czy badali chorych? Kol. S z y m a n o w s k i: Samokryzyna wyrabiana jest przez laboratorjum prywatne, surowica zaś przez instytucję państwową. Lekarz prywatny samokryzyny otrzymać nie może, do aptek środek ten nie jest dostarczany. W Danji, Anglji, Niemczech sprawę leczenia ujęły w swe ręce specjalne Komitety. Mówca uważa sanokryzynę tylko za jeden z licznych środków leczenia gruźlicy. Mówca podkreśla, że przedmówcy byli w Danji bardzo życzliwie przyjmowani, mogli badać chorych, mieli wszelkie historje chorób do dyspozycji. W maju r. b. mają się odbyć w Kopenhadze generalne rozprawy nad sprawą leczenia sanokryzyną. Obecnie wszędzie sprawa ta jest jeszcze zawikłana. Generalna Dyrekcja Zdrowia, wysyłając mowców, miała na celu zorganizowanie w kraju własnych doświadczeń. Nadzwyczajne działanie sanokryzyny na prątki Kocha jest faktem bezspornym, doświadczalnie na zwierzętach potwierdzonym. Zadaniem kliniki jest wprowadzenie w życie tego środka u ludzi. Najtrudniejsze w tym kierunku zadanie polega na określeniu, kiedy sanokryzyna dotrze do zarazka. Jeżeli chory bez sanokryzyny ma umrzeć, a dzięki działaniu tego środka pozostaje przy życiu — jest to już bardzo wielką zasługą sanokryzyny. Kol. T u c h e n d l e r: W piśmiennictwie niemieckiem jest już poruszana sprawa leczenia gruźlicy sonokryzyną, dotychczas jednak opinja jest dosyć sceptyczna.

Kol. W o j n a r o w s k a przypomina, że przed laty sole miedzi wywołały te same zachwyty i wątpliwości w lecznictwie gruźlicy. Wstrząs i powikłania były ogromne. Mówca zapytuje, jakie jest dawkowanie sanokryzyny, czy istnieje faza negatywna i jak długo trwa. Nie jest to rzeczą trudną do osiągnięcia, aby w organizmie gruźliczym zabić prątki zupełnie. Lecząc

tuberkuliną dochodzimy do stanu takiego, w którym organizm nie daje już odczynu. Jakie są powikłania przy sanokryzynie? Działanie ujemne na nerki, białkomocz jest sprawą bardzo komplikującą. Kol. Bączkiewicz stwierdza, że wszelkie badania są prowadzone we Francji ściśle naukowo, w Niemczech zaś raczej handlowo. Pomimo, że kol. Szymaowski uspokoił zdrowych pod względem tych obaw, jednak mówca wyraża powątpiewanie, czy sprawa leczenia sanokryzyną jest na tyle dojrzałą, żebyśmy już zaczęli doświadczenia u nas. Kol. Lubliner pracował w swoim czasie w pracowni Kocha. W Berlinie często się zdarzało, że ktoś zdobył flaszkę kochiny i pokątnie leczył. Ale wtedy powstał w Warszawie Komitet przy Warszawskiem Towarzystwie lekarskiem pod przewodnictwem prof. Baranowskiego. Mówca widział w swojem życiu przypadki leczone miedzią, kryzolganem — zawsze bywał i optymizm i pesymizm, w tych przypadkach powinniśmy obecnie poważnie, przeprowadzić badania własne pod kontrolą instytucji naukowej.

Kol. Trzciński: »czy byłyby czynione próby aplikowania sanokryzyny zewnętrznie przy *lupus vulgaris*«. Kol. Hirszfeld uważa, że najlepsze wyniki otrzyma ten naród, który najostrożniej do leczenia sanokryzyną przystąpi. W Polsce sprawa ta od samego początku jest bardzo sztucznie ujęta. Ideał *hemoterapiae sterilisantis magnae* jest kiologicznie dopięty. Nieosiągnięta jest jeszcze sprawa przenikania sanokryzyny do ognisk gruźliczych w organizmie chorych. Kol. Rudzki radzi wszystkim przestudjować książkę Möllgaard'a. Są tam złote ziarna nauki. Mówca uważa, że sprawa leczenia sanokryzyną stanowi zupełnie nową drogę w lecznictwie gruźlicy. Sanokryzyna w pewnych przypadkach daje poprawę. Referenci byli w Danji około 2 tygodni, zwiedzili wiele szpitali i sanatorjów widzieli częściowo badali około 100 chorych, sprawdzali roentgenogramy i poglądowe historje cho ób. Wszystkie przypadki były przedstawiane bardzo poważnie i nigdy zbyt optymistycznie. Obecnie w Danji stosowana jest sanokryzyna w 80 szpitalach i sanatorjach. Prezes Sawicki podkreśla, jak ważnym jest i jak wiele otuchy przynosi każdy promyczek w sprawie leczenia gruźlicy. Kolegom referentom należy się uznanie za ich trudy, a za odczyt dzisiejszy — podzięka.

Sekretarz doroczny: *Byszewski.*

Wileńskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 2 marca 1925 r.

Przewodniczący: Kol. K. Opoczyński,

Obecnych 97 osób, w tej liczbie 48 członków Twa.

1. Odczytanie i przyjęcie protokółu z dnia 18 lutego b. r.

2. Kol. Wacław Jasiński przedstawia 4-letnią dziewczynkę (z Kliniki pedjatrycznej U. S. B.) z zaburzeniami w oddawaniu moczu — **enuresis, ischuria paradoxa** — oraz szeregiem zmian skórnych w okolicy kości krzyżowej: poduszkowaty guz (nibytłuszczak), zbliznowacenie i wciągnięta przetoka oraz obecność dołka guzicznego (*fovea coccygea*), bez zmian owłosienia, zniekształceń kończyn dolnych lub jakichkolwiek innych wad rozwojowych; czucie normalne, rozwój umysłowy dziecka prawidłowy. Prof. Jasiński omawia sprawę związku przyczynowego pomiędzy zaburzeniami moczenia a objawami tarni dwudzielnej utajonej (*spina bifida occulta*). Prelegent przytacza poglądy Fuchs'a, który opisał (w r. 1909) podobny zespół pod nazwą »myelodysplasia« oraz dane z nowszego piśmiennictwa a w szczególności badania Holmdahl'a. który odrzuca potrzebę stwarzania odrębnej jednostki klinicznej (myelodysplasia). (Streszczenie własne).

3. Kol. K. Michejda przedstawił: a) chorą 27-letnią, u której wykonał **wycięcie żołądka z powodu niedomagań**, jakie u chorej wystąpiły po zespoleniu jelitowo-żołądkowem przedniem, założonem dwa lata temu z powodu wrzodu żołądka; badanie promieniami Roentgena wykazało, że zarówno przez odźwiernik, jak przez przetokę, przechodzi treść niezmiernie powoli. Przyczyny tej niedrożności nie stwierdzono; przeciwnie, zabieg stwierdził, że przetoka była prawidłowo założona; po wrzodzie ani śladu nia znaleziono. Rozcięcie mnogich zrostów naokoło przetoki (miesiąc przed resekcją) nie dało żadnego wyniku; wobec tego wykonano resekcję żołądka (odźwiernik wraz z miejscem przetoki), z wynikiem bardzo dobrym. Prof. M. omawia wpływ przetok żołądkowo-kiszkowych na gojenie się wrzodu i wskazania do resekcji żołądka przy wrzodzie okrągłym; b) chorą 50-letnią, u której w związku ze sprawą ropną na piątym palcu prawej ręki (panaritium) przyszło do **ropowicy prawego ramienia i do ropnia wątroby**. Ropień ten dążył do przebicia przez powłoki brzuszne. Operacja rozcięcia ropnia dała wyleczenie. (Streszczenie własne).

Dyskusja: Kol. J. Billewicz w sprawie przypadku drugiego zapytuje o wyniki badania bakterjologicznego ropy. Kol. Ch. Zarcyn wyraża pogląd własny i zdania innych autorów na sprawę zabiegów operacyjnych, stosowanych w przypadku pierwszym. Kol. M. Eiger mówi o 3 przypadkach, spostrzeganych przez siebie, gdzie w jednym z racji maleńskiego trądzika na szyji, zaś w dwóch innych — panaritium, sprawa skończyła się wykonaniem operacji z powodu ropnia w okolicy około-nerkowej.

W odpowiedzi kol. Michejda stwierdza, że w ropie znaleziono gronkowca, ropnie w okolicy okołonerkowej spotykał również dość często.

4. Kol. A. Malinowski — pokaz 2 chorych z **nagminnem zapaleniem mózgu**, z których jeden w okresie rozkwitu choroby (*encephalitis myoclonica*), drugi zaś w stadjum przewlekłem, u którego na plan pierwszy występują objawy pomieszania (*paranoia*).

W dyskusji kol. Cz. Sycianko na podstawie tego, co słyszał od chorego w ciągu prawie godzinę trwającego opowiadania podczas pokazu, zakwalifikowałby raczej przypadek powyższy do rzędu stanów natrętnych.

5. Kol. J. Niepokojczycka — omówienie przypadku **wodowstrętu**, leczonego w Klinice chorób dziec. U. S. B. 3-letnie dzieko w początku października r. z. zostało pokąsane w głowę przez szczenię. Chłopiec czuł się dobrze do 13-go grudnia, w dniu tym zachorował z objawami bólu gardła i podniesionej ciepłoty, dnia 25-go grudnia przyjęty został do kliniki w stanie bardzo ciężkim, nieprzytomny; chory leży na boku z główką odchyloną ku tyłowi (*opistotonus*) chwilami niespokojny. Budowa ciała prawidłowa, odżywienie dobre, skóra czysta, układ gruczołowy, kościec, stawy i mięśnie bez zmian. Odruchy ścięgnowe na kończynach dolnych zniesione, na kończynach górnych zachowane. Objawy Brudzińskiego ujemne ze spojenia łonowego i policzkowy, słabo dodatni — karkowy. Spojówki silnie nastrzyknięte, odczyn na światło zachowany, lewa źrenica węższa. Łykanie utrudnione, przy pierwszej podawanej łyżeczce napoju dziecko broni się, potem pije chętniej; gardziel jest zaczerwieniona, ślinotoku niema. Narządy krążenia i oddechowe bez zmian — oddech nierówny, z przerwami i głębokiemi wdechami. Brzuch wzdęty, wątroba i śledziona wyczuwają się, stolce zaparte. Narządy płciowe bez zmian, pęcherz wyczuwa się przez powłoki brzuszne, mocz zawiera ślady białka i cukru, w osadzie moczany. Nakłucie lędźwiowe dało 10 cm^3 przeźroczystego płynu, w osadzie liczne limfocyty, pojedyńcze leukocyty, białka 0,12% p/g Brandberga. Krew 105 Hg. p/g Sahli'ego, ciałek czerwonych 5.168,000, płytek Bizzozero 520.000, ciałek białych 28.000, w tem wielojądrzastych 93%, limfocytów 6,5% i eozynochłonnych 0,5%. Stan dziecka pogarszał się; łyka coraz gorzej, oddech z coraz dłuższemi przerwami, odruchy ścięgnowe na kończynach górnych i skórne są zniesione, tętno jest niemiarowe, coraz słabiej wyczuwalne. 27. XII. o godz. 8 ej wieczorem zejście śmiertelne. Prelegent przeprowadza różniczkowe rozpoznanie między ostrem porażeniem Landry'ego, chorobą Heine-Medina i wścieklizną. W danym przypadku rozpoznanie utrudniały: niejasność wywiadów, bardzo długi okres wylęgania zarazka — 70 dni (przeciętny dni 40), tem więcej dobiegający od normy, że pokąsane zostało 3-letnie dziecko i miejscem pokąsania była głowa; czas trwania choroby (15 dni), zwykle choroba trwa od 1 do 12 dni a postać porażenia tylko 2—7 dni, brak wybitniejszego ślinotoku, czkawki, drżenia rąk i wysokiej ciepłoty, która z 39° przy przyjęciu obniżała się stopniowo przed śmiercią do 37°, a zwykle przy wściekliźnie ciepłota podnosi się przed zejściem, a nawet po śmierci dochodzi do 42°. Za wścieklizną przemawiało:

Charakterystyczny wyraz twarzy dziecka przy podawaniu napoju, utrudnione łykanie, a w końcu zupełne zaprzestanie, oddech utrudniony i nierówny, stałe zaparcie stolca, białkomocz, cukromocz i leukocytoza z przewagą wielojądrzastych. Badanie pośmiertne drobnowidowe cząstki mózgu wziętej z rogu Ammona, oraz próba biologiczna (królik, zaszczepiony podoponowo, padł przy objawach wścieklizny) wykonane w Zakładzie Anatomji Patologicznej prof. Opoczyńskiego, potwierdziły rozpoznanie wodowstrętu. (Streszczenie własne).

Dyskusja: Kol. O. Załkindson mówi o 2 przypadkach wodowstrętu, leczonych w 1911 roku za pomocą wstrzykiwań salwarsanu bezskutecznie. W przypadku trzecim, u osobnika pokąsanego przez psa, na plan pierwszy wystąpiły objawy wieloogniskowego zapalenia nerwów. Robiono szczepienia ochronne, w okresie szczepień — objawy wścieklizny, podejrzewano zakażenie drogą szczepień. Stosowano salwarsan — wyleczenie. Kol. W. Jasiński zaznacza również, że zapalenie mnogie nerwów może pdjawiać się jako powikłanie wścieklizny. Długi okres wylęgania choroby w omawianym przypadku przypisać, być może należy tej okoliczności, że dziecko było pokąsane przez szczenię.

Sekretarz: *Dr. E. Czarnecki.*

XII. Zjazd przyrodników i lekarzy polskich w Warszawie.

Na VI. zjazd internistów polskich, który odbędzie się w Warszawie jednocześnie z XII. Zjazdem lekarzy i przyrodników polskich (12—16 lipca) oprócz tematów głównych: **Choroba Brighta**. Referenci M. Franke (Lwów) i A. Landau (Warszawa) i **kamica żółciowa** (wspólnie z sekcją chirurgiczną. Referenci Wł. Janowski (Warszawa) i A. Leśniowski (Warszawa) zgłoszono dotychczas następujące odczyty:

1. J. Skłodowski (Warszawa). Hemoglobinurja w otruciu kwasem octowym.

2. Doc. S. Bronowski (Warszawa). Ostra niedomoga mięśnia sercowego skutkiem nadmiernych wysiłków fizycznych.

3. J. Pawiński (Warszawa). Samopomoc ustroju w przypadkach nadmiernych wysiłków fizycznych, grożących niedomogą serca.

Z kliniki chorób wewnętrznych prof. A. Gluzińskiego (Warszawa):

4. S. Bojarski. Przyczynek do badania siły zapasowej serca w wadach zastawkowych.

5. Bojarski i Rejcherówna. Dalsze badanie nad wpływem bodźców zewnętrznych na wielkość i pracę tętna.

6. S. Cytronberg. Dalsze badania sprawności żołądka przy pomocy metod fizyczno-chemicznych.

7. A. Elektorowicz. Roentgenologja kamicy żółciowej (na wspólnem posiedzeniu sekcji med. wewn., chirurg. i roentg.).

8. W. Filiński. Badania nad zachowaniem się zaczynu włókniko-rodnego w schorzeniach wątroby.

9. Z. Górecki. Badania nad czynnością wewnętrzną płuc.

10. Z. Gorecki i Grodzki. O zachowaniu się ciał tłuszczowych i cukru pod wpływem insuliny u ludzi zdrowych i chorych na cukrzycę.

11. Gorecki i Grodzki. Liczba jodowa w moczu, a odczyn Botellho.

12. Węgierko i Pallier. Zachowanie się chwiejności kolloidowej pod wpływem farmakologicznym w różnych stanach chorobowych.

13. Rejcherówna i Apfelbaum. O znaczeniu badań czynnościowych wątroby z uwzględnieniem odczynu Biernackiego.

14. Rejcherówna, Dalsze badania nad działaniem adrenaliny na krew ludzi zdrowych i chorych.

15. Sterling-Okuniewski. O szerzeniu praktycznem odczynu oko-sercowego.

16. Sterling-Okuniewski i Węgierko. O badaniu czynności nerek.

17. Cisami. O zachowaniu się podstawowej przemiany materji u ludzi ze zmianami nerkowemi.

18. Węgierko. Dalsze badania nad zachowaniem się fizyczno-chemicznych własności osocza i surowicy w różnych stanach chorobowych.

19. Z. Szczepański. O zachowaniu się podstawowej przemiany materji w chorobach płuc.

20. Tenże. O zachowaniu się mechanizmu zapory płucnej (Lungensperre) w gruźlicy płuc.

Dalsze zgłoszenia odczytów wraz z ich krótkiem wyraźnem streszczeniem należy nadsyłać nie później jak 15 maja pod adresem A. Puławskiego, naczelnego lekarza szpitala Dziec. Jezus w Warszawie, Żelazna 4.

Przewodn. Sekcji med. wewn.: *A. Puławski.*

Sprawy zawodowe.

Dr. Jan PAPÉE. Lwów.

Ubezpieczenie lekarzy i ich rodzin.

Sprawa ubezpieczenia lekarzy na wypadek choroby, niezdolności do pracy i zabezpieczenia rodzin po nich pozostałych, ma dla nas, jako zawodu wolnego, bardzo doniosłe znaczenie. Z chwilą choroby ustaje dla lekarza wszelki zarobek, w razie jego śmierci niedola, często nędza zaglądа do rodziny lekarskiej. Świadczą o tem roczniki Izb lekarskich od lat 30-tu, wykazujące, ile wdów wyciąga ręce po zapomogi, ile ich walczy z nędzą, a wśród nich niejednokrotnie spotykamy wdowy po lekarzach, którzy się cieszyli rozgłośną i rozległą praktyką.

Zrozumiałą jest zatem zupełnie rzeczą, że już przed 40 laty najpierw Towarzystwa lekarskie, później Izby, zaczęły się bardzo poważnie zajmować myślą zabezpieczenia lekarzy głównie w tych 2 kierunkach t. j. na wypadek choroby i śmierci. Rozwiązanie tej kwestji musiało się atoli przedewszystkiem oprzeć na 2 zasadniczych momentach, a mianowicie zebraniu odpowiednich funduszów, przy gromadzeniu ich na uwzględnieniu nierównomierności wieku i dochodów przyszłych członków — w końcu na zasadzie obowiązkowości. Bez brania w rachubę tej ostatniej ewentualności wszelkie projekta należało uważać z góry za nierealne.

Wynikiem studjów, uwzględniających te zasadnicze podstawy, były najrozmaitsze projekty. A więc co do nagromadzenia funduszów projekt przerzucenia ciężarów na społeczeństwo — korzystające z pomocy lekarskiej, w postaci stemplowania recept; projekt zasilania funduszów przez uzyskanie od Rządu subwencji za zwalczanie chorób zakaźnych; projekt Izby lwowskiej utworzenia Kasy zapomogowo-pożyczkowej, który jednak nie uzyskał aprobaty Wydziału Izby, w końcu całkiem już realny projekt tejże Izby, Kasy zapomogowo-pensyjnej, opracowany w roku 1900 przez Dra Lechowskiego; projekt ten, wprowadzający przymus należenia, zapewniał członkom zapomogi bezzwrotne i pensje emerytalne członkom niezdolnym do pracy, jakoteż wdowom i sierotom. Prawa do pensji nabywał członek po 6-letniem należeniu, pensje dla lekarzy i wdów miały być dożywotnie. Projekt ten jednak nie uzyskał zatwierdzenia b. Namiestnictwa, głównie z powodu przymusu należenia, gdyż austrjacka ustawa o Izbach takiego przymusu nie uwzględniała: nadto żądało Namiestnictwo ścisłego określenia prawnej podstawy, na której instytucja miała się oprzeć, a mianowicie na zasadzie jakiej ustawy projektowana Kasa ma być założoną, czy jako Kasa zapomogowa, czy ubezpieczeniowa. Izba lekarska wniosła przeciw temu orzeczeniu rekurs do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, które jednakowoż rekursu tego nie uwzględniło, wychodząc z tego samego stanowiska, na którem stało Namiestnictwo, a mianowicie brak przymusu w ustawie o Izbach lekarskich, pozatem orzekło Ministerstwo: „że przewidziane statutem Kasy wsparcia uważać należy jako pensje, a zatem stałe świadczenia nieprzerwanych, perjodycznych poborów, które nie mogą być pozostawione od wypadku do wypadku swobodnemu uznaniu Zarządu Kasy, lecz, że członkom Kasy po wypełnieniu pewnych statutem przewidzianych warunków, przysługiwać ma bezwarunkowo, a zatem w każdym razie zaskarżeniu podlegające prawo do tych świadczeń. Świadczenia takie przedstawiają się jako asekuracyjne, a przymus asekuracyjny dopuszczalnymby mógł być tylko w tym wypadku, gdyby ustawa o Izbach taki przymus zawierała“.

Tak Namiestnictwo, jak Ministerstwo w orzeczeniach swych podały, że nie mają nic przeciwko założeniu instytucji o charakterze fakultatywnym.

Wobec tego postanowienia Zarząd Izby zaniechał myśli prowadzenia Kasy pensyjnej.

W tym stanie rzeczy, Izba lwowska, chcąc bodaj w części uczynić zadość nałożonemu na nią ustawą o Izbach obowiązkowi stworzenia samopomocy, założyła w roku 1902 Kasę dla chorych lekarzy, która w roku 1909 rozszerzyła swoją działalność na całą b. Galicję. Instytucja ta, ściśle związana z Izbą, oparta na zasadzie wzajemności, bez przymusu ustawowego, miała członków jedynie dobrowolnie wpisanych. W czasie od roku 1903 do 1914 wypłaciła powyższa Kasa przeszło 100.000 K zasiłku, przez cały okres 20-letniego istnienia prosperowała dobrze i z korzyścią dla swoich członków. W roku 1918 założyła Izba lwowska Kasę pensyjną dla wdów po lekarzach, również o charakterze fakultatywnym, do której wpisało się zaledwie 40 lekarzy.

Ustawa polska o Izbach lekarskich wprowadziła dla instytucyj zapomogowych przymus należenia. W § 4 ustawy jest powiedziane:

„Izby lekarskie mają prawo zakładać i prowadzić urządzenia lub instytucje, mające na celu zabezpieczenie lekarzy na wypadek choroby, starości, stałej niezdolności do pracy i wogóle od wypadków, wymagających doraźnej pomocy, jak również zabezpieczenia wdów i sierót po lekarzach.

Większością 2/3 głosów wszystkich swych członków Rady Izba lekarskiej może uchwalić obowiązek przystąpienia do takich instytucyj wszystkich członków Izby, lub poszczególnych ich kategoryj; uchwała taka uzyskuje moc obowiązującą, jeżeli otrzyma zatwierdzenie Naczelnej Izby Lekarskiej“.

W urzeczywistnieniu idei ubezpieczenia przymus ten stał się niezmiernie ważnym krokiem naprzód. Korzystając z tego postanowienia ustawy Rada Izby lwowskiej już na pierwszem swem posiedzeniu w dniu 25. lutego 1923 roku uchwaliła zasadniczo utworzenie instytucji ubezpieczenia na wypadek choroby, niezdolności do pracy, na wypadek starości i ubezpieczenia wdów i sierót. Wywiązując się z poruczonego przez Radę zadania Zarząd Izby po przeprowadzeniu studjów, wysłuchaniu opinji rzeczoznawców — opracował projekt Kasy chorych i regulamin dla tej Kasy. Regulamin ten został następnie przez Radę Izby przyjętym i przez Naczelną Izbę w Warszawie zatwierdzonym. Kasę wprowadziliśmy w życie z dniem 1. kwietnia 1924 roku. Przy ustaleniu wkładek do Kasy musieliśmy przedewszystkiem przezwyciężyć trudności, wynikające z nierównomierności wieku i dochodów członków Izby.

Z tych 2 powodów ustanowienie wkładek o jednakowej dla wszystkich wysokości nie było możliwem i nie dało się pogodzić z zasadą obowiązkowego należenia. Jedynem rozwiązaniem tego problematu, było ustanowienie minimalnej, zasadniczej wkładki, dostosowanej do dochodów lekarzy, mniej silnych ekonomicznie. Zasadnicza wkładka ustaloną została zatem początkowo na 4 Zł kwartalnie, a od 1. stycznia 1925 na 8 Zł kwartalnie. Najniższe świadczenia ustalono od 1. stycznia 1925 r. na 60 Zł miesięcznie. Ta niskość świadczeń była przedmiotem nieuzasadnionej krytyki; jest ona z powodów wyżej podanych konieczną, a według najprostszych reguł matematycznych świadczenia muszą pozostawać w ścisłym stosunku do wysokości wkładek. Ażeby jednak zasobniejszym Kolegom umożliwić korzystanie z wyższych świadczeń na wypadek choroby, wprowadza regulamin Kasy dobrowolne powiększenie wkładki zasadniczej z 2, 3, 4 i 5-cio razową wielokrotnością. Każdemu członkowi przysługuje prawo podwyższenia wkładki zasadniczej maksymalnie do 5% wysokości t. z. na 10 Zł dziennie przy wpłacaniu 40 Zł kwartalnie

Każdemu zatem z członków, po umocnieniu jego materjalnej pozycji, pozostawioną jest możność podwyższyć ubezpieczenie na wypadek choroby.

Zarząd Izby ma nadzieję, że stosunek wkładek do świadczeń ulegnie w przyszłości tej korzystnej zmianie, że świadczenia będzie można powiększyć bez powiększania wkładek. Nastąpi to wtedy, skoro będzie zebranym odpowiednio silny fundusz żelazny. W pierwszych trzech kwartałach roku 1924 wypłaciliśmy 1.500 Zł zasiłków chorobowych, a w pierwszych dwóch miesiącach 1925 r. blisko 2.000 Zł.

Dalszym etapem w rozwinięciu idei ubezpieczenia było utworzenie Kasy pensyjnej, mającej na celu ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy, na starość i — na co największy nacisk kładziemy — ubezpieczenie pensji wdowich i sierocych

W tym kierunku Zarząd Izby przeprowadził również bardzo dokładnie studja, zasięgał zdania rzeczoznawców — w szczególności zaś oparł się na fachowych obliczeniach matematyka asekuracyjnego. Rezultaty swoich obliczeń porównał z warunkami, jakie dają tego rodzaju towarzystwa asekuracyjne i zakłady pensyjne. Z porównań tych wynikło, że obliczenia nasze dają członkom korzystniejsze warunki, co jest zupełnie zrozumiałem z tej przyczyny, że instytucja projektowana przez Izbę nie jest obliczoną na zysk, a koszta administracyjne minimalne. Po przestudjowanu całego materjału — opracowaliśmy wspólnie ze znawcą fachowym matematyczne podstawy Kasy i zbudowany na nich regulamin. Rada Izby na posiedzeniu w dniu 2. listopada 1924 r. poruczyła Zarządowi wprowadzenie Kasy w życie, o ile możności z dniem 1. stycznia 1925 r.

Nie będę tu wchodził w drobnostkowe szczegóły regulaminu. Przytoczę tylko najgłówniejsze zasady: Kasa, polegająca na zasadzie wzajemności, ma:

1. zabezpieczyć lekarzom rentę na wypadek niezdolności do pracy i na starość;
2. zabezpieczyć w razie śmierci lekarza rentę pozostałej wdowie;
3. zabezpieczyć w razie śmierci lekarza dodatek na wychowanie dzieci. Ubezpieczeniu podlegają obowiązkowo wszyscy członkowie Izby, a rozpoczyna się ten obowiązek w 3 lata po uzyskaniu dyplomu lekarskiego; od obowiązkowego ubezpieczenia są wyłączeni lekarze, którzy ukończyli 55 rok życia, zawodowi lekarze wojskowi, urzędnicy państwowi, o ile mają emerytury przez Rząd zabezpieczone i funkcjonarjusze przedsiębiorstw państwowych, ciał samorządowych i wogóle instytucyj publicznych, o ile mają zabezpieczone emerytury na zasadzie właściwych ustaw emerytalnych.

W Kasie pensyjnej, podobnie jak w Kasie chorych i z tych samych powodów, musieliśmy przyjąć zasadę obowiązkowego minimum, umożliwiającego wpłacanie wkładek i najmłodszym lekarzom, z fakultatywnem ubezpieczeniem wielokrotności. Jako najniższą zasadniczą kwotę ubezpieczenia przyjęliśmy 1.500 Zł z możnością 4-krotnego dobrowolnego podwyższenia t. j. do 6.000 Zł pensji rocznej. Renta niezdolności składa się z kwoty zasadniczej i z kwoty rosnącej. Dla uzyskania renty zasadniczej musieliśmy przyjąć, podobnie — jak to jest we wszystkich instytucjach pensyjnych — 5-letni okres wyczekiwania; renta po upływie tego okresu czasu wynosi 20% kwoty zasadniczej i wzrasta corocznie o 2%.

Renta na starość, t. j. wypłata zasadniczej pensji ubezpieczeniowej, należy się po upływie lat 40.

Renta wdowia wynosi połowę renty względnie ekspektatywy ubezpieczonego, dodatek na wychowanie dzieci do lat 18, dla każdego dziecka osieroconego tylko przez jedno z rodziców, 1/3, zaś dla każdego dziecka osieroconego przez oboje rodziców 2/3 renty, do której zmarły rodzic miał prawo.

W razie, jeżeli ubezpieczony zmarł przed upływem 5-cio letniego okresu wyczekiwania, należy się wdowie tytułem jednorazowej odprawy podwójna zasadnicza kwota renty niezdolności.

Zwrot wkładek, jako jednorazowa odprawa, należy się również ubezpieczonemu w przypadkach, jeśli obowiązek ubezpieczenia wygasł przez całkowite zaniechanie wykonywania zawodu lub przeniesienie się do okręgu innej Izby. Członkowie, których obowiązek ubezpieczenia wygasł, mogą jednak nadal pozostać członkami Kasy w charakterze członków dobrowolnych.

Regulamin zawiera następnie postanowienie, że ubezpieczony może podwyższyć świadczenia przez zakupno lat; dokonanem ono zostaje przez jednorazowe złożenie kwoty, odpowiadającej sumie należnej za lata, które mają być policzone wraz z ustawowemi odsetkami.

Tytułem opłat na rzecz Kasy pensyjnej składa członek jednorazowo wpisowe w kwocie 10 Zł i miesięczną wkładkę w wysokości 1% od kwoty ubezpieczonej.

Wkładki ubezpieczeniowe w Kasie pensyjnej wypadają znacznie niżej od analogicznych premij w towarzystwach asekuracyjnych. W tym kierunku przeprowadził Zarząd Izby porównania, które wypadły na korzyść naszej instytucji. Jest to zrozumiałem wobec tego, że Kasa nie jest przedsiębiorstwem na zysk obliczonem, wydatki zaś na administrację są bardzo niskie, gdyż Koledzy, zajmujący się sprawami Kasy, pracują bezinteresownie.

Projekt ubezpieczenia, opracowany przez Izbę, spotkał się z protestem lekarzy sanockich, którzy wystąpili z odmiennym projektem, opartym na zasadzie z a o p a t r z e n i a nie z a b e z p i e c z e n i a.

Projekt ten poddaliśmy fachowej ocenie technika asekuracyjnego, która ogłoszona w N-rze 11 Polskiej Gazety Lekarskiej b. r. jest już ogółowi Kolegów znaną, wobec czego nie będę jej tutaj przytaczał. Krytyka zwraca się głównie przeciw niskości świadczeń Kasy; o zarzutach, odnoszących się do wielokrotności i dewaluacji, wspomnę tylko krótko, że wielokrotność nie może zachwiać podstawami finansowemi Kasy, a twierdzenie to opieramy na dotychczasowem oświadczeniu z dawnej Kasy chorych — co zaś do dewaluacji, to doświadczenie kilku lat ubiegłych pouczyło nas, że i kalkulacja jednoroczna przyjęta w projekcie sanockim przed nią się nie uchroni; wiemy, że w latach dewaluacji nie była możliwą kalkulacja nawet na tydzień naprzód.

Stojąc zresztą na tem stanowisku, należałoby wszelkiej pracy pozytywnej zaniechać.

Jeżeli chodzi o niskość świadczeń, to wyjaśniłem już poprzednio, z jakich powodów zmuszeni jesteśmy ustanowić pewne zasadnicze minimum; obowiązkowe należenie, różnica wieku członków i ich dochodów, zupełnie to minimum usprawiedliwia, a wielokrotność daje sposobność do powiększenia świadczeń. Przy ubezpieczeniu odgrywa rolę kardynalna zasada, że każdy ubezpiecza siebie względnie swoją rodzinę, a świadczenia otrzymuje w proporcjonalnym stosunku do złożonych wkładek. Projekt sanocki na pierwszy rzut oka daje bardzo ponętne warunki: każda wdowa otrzyma jednakowe i znacznie wyższe zaopatrzenie. Najprostsza jednak zasada matematyczna, która dla wszystkich obliczeń musi być jednakową, powiada, że, jeżeli się chce dać więcej, to trzeba i więcej zapłacić. Projekt zatem sanocki obciążyćby musiał jednakową i to znacznie wyższą stawką wszystkich lekarzy, bez względu na wiek, ich stanowisko materjalne, a w końcu — co również jest ważnem — na potrzebę należenia do Kasy, a zatem musiałby objąć i tych, którzy mają emerytury zabezpieczone z innego tytułu; gdyby Izba chciała wprowadzić zaopatrzenie na podstawie projektu sanockiego, niewątpliwie zaoponowaliby ci ostatni, przeciwko obowiązkowi składania wysokich opłat na rzecz, która ich interesów nie dotyczy.

Na tych zasadach stworzona instytucja musiałaby się liczyć i z tem, że pewna część lekarzy nie mogłaby opłacać wkładek, z czego wyniknąćby musiały ciągłe wahania w ich podwyższaniu albo zmniejszaniu świadczeń. W końcu należy i ten szczegół uwzględnić, że terminowe ściąganie opłat, tak, aby wdowy otrzymywały zapomogi na czas oznaczony, napotykałoby na wielkie trudności techniczne, jak dowodzi tego tyloletnie doświadczenie przy ściąganiu rozmaitego rodzaju opłat.

System proponowany przez lekarzy sanockich, oparty na rocznem budżetowaniu nie jest nowym, miał on zastosowanie w rozmaitych stowarzyszeniach, a jako przykład przytoczę, że miało go przez szereg lat Towarzystwo oficjalistów prywatnych i poczyniło z nim bardzo przykre doświadczenia. Stanęło ono w roku 1904 wobec deficytu i niemożności wypłaty zaopatrzeń i dopiero po przekształceniu na instytucję, opartą na zasadach ubezpieczeniowych, stan rzeczy się poprawił.

Zarząd Izby, przedstawiając swój projekt, kierował się myślą przewodnią, że sprawa ubezpieczenia lekarzy, a zwłaszcza ich rodzin, jest pierwszorzędnej wagi, i że, wprowadzając ją w czyn, spełnił swój obowiązek wobec lekarzy. Drogę, jaką do tego wybrał opracował wszechstronnie na podstawie fachowych obliczeń i na zasadach, na jakich się opierają wszystkie zakłady pensyjne.

Mamy to przekonanie, że nie należy burzyć instytucji na ścisłym rachunku opartych i już wypróbowanych projektami, które gdzieindziej zawiodły i których nie moglibyśmy wziąć na swoją odpowiedzialność.

Zarząd Izby nie rości sobie pretensji, że regulamin wymagać może pewnych uzupełnień, które z biegiem czasu i w miarę doświadczenia okażą się koniecznemi. W tym kierunku nie zaniedba skorzystać z udzielanych mu wskazówek. Przyznaje, że obliczenia są bardzo ostrożnie brane, co jednak stanowi — zdaniem naszem — stronę dodatnią i mamy to przekonanie, że w najkrótszym czasie będzie możliwem albo obniżenie wkładek albo przy tych samych wkładkach podwyższenie świadczeń.

Nie wątpimy, że wśród lekarzy nie znajdzie się ani jeden, któryby przeciw samej zasadzie ubezpieczenia chciał głos podnosić.

Izba lekarska Lwowska.

W sprawozdaniu okr. Małop. Zw. lek. za r. 1924. umieszczono notatkę, że Związkowi udało się w Sanoku wprowadzić wolny wybór lekarzy, który się dotychczas utrzymał.

Zarząd Izby uchwalił zwrócić się z prośbą o sprostowanie tej notatki w tym kierunku, że wolny wybór lekarzy w Kasie chorych w Sanoku wprowadzono za pośrednictwem podpisanej Izby lekarskiej, a umowa między lekarzami a Zarządem Kasy została podpisaną przy osobistej interwencji delegatów Izby w Sanoku w dniu 6 lipca 1924.

Dnia 4 kwietnia 1925 r.

Izba lekarska we Lwowie: Zarząd Izby.

Korespondencje.

Częstochowa w marcu 1925 r.

W końcu stycznia r. b. nakładem księgarni A. Gmachowskiego w Częstochowie zostały wydane »**Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej**« dr. Władysława B i e g a ń s k i e g o. Wydanie drugie z przedmową prof. W. S z u m o w s k i e g o, str. 103, cena zł. 2.50. Całość przedrukowana bez żadnych zmian z wydania pierwszego (1899), tylko na skutek porozumienia prof. S z u m o w s k i e g o z drową B i e g a ń s k ą uległa skróceniu obszerna przedmowa B i e g a ń s k i e g o. Opuszczono ustępy, mające znaczenie historyczne oraz traktujące o niektórych zagadnieniach etyki ogólnej. Poglądy na znaczenie ideałów etycznych i wartość etyki, omówione zwięźle w wydaniu pierwszem, rozwinął B i e g a ń s k i szeroko w dziele p. t. »Etyka ogólna«, które wydano ze spuścizny rękopiśmiennej w r. 1918 już po śmierci

autora. Krótkie streszczenie wyłożonych w tem dziele poglądów podał w swej przedmowie prof. Szumowski.

Zasługuje na podkreślenie fakt, nieuwzględniony dotąd przez sprawozdawców i krytyków tej książki, że pierwsza część aforyzmów, drukowanych początkowo w Krytyce lekarskiej (1897), ukazała się w przekładzie czeskim, w miesięczniku Lékarské rozhledy, sesit VIII., 1897, str. 235.

Skład Zarządu Towarzystwa Lekarskiego w r. b. pozostał bez zmiany. Prezesem jest K. Rożkowski, wiceprezesem — W. Wrześniowski, sekretarzem — K. Łokczewski, skarbnikiem — E. Kohn, bibljotekarzem — W. Papkoff. Członkami zarządu — L. Batawia i W. Stawnicki.

Na posiedzeniu z dnia 21 marca uchwalono wyłonić z pośród członków Tow. komisję do walki z rakiem. Narazie zadaniem komisji będzie opracowanie statystyki na podstawie materjału, zebranego w szpitalach miejscowych, oraz na rozpoczęcie akcji społeczno-lekarskiej, mającej na celu otwarcie przychodni przeciwrakowej.

Epidemja czkawki, która nawiedziła Częstochowę w końcu ubiegłego roku, przeszła naogół niespostrzeżenie. W Kasie chorych niezarejestrowano ani jednego przypadku. Na podstawie kilkunastu dorywczych spostrzeżeń nie można wyrobić sobie sądu o charakterze epidemji i klinicznym przebiegu choroby. Najczęściej czkawka była jedynym objawem cierpienia i przebiegała bez żadnych powikłań i następstw. W jednym przypadkn zamiast czkawki spostrzegano (Rożkowski) bardzo uporczywe i przykre ziewanie, połączone z lekką sennością i ociężałością. Po kilku dniach ziewanie ustąpiło i chory wyzdrowiał.

K. R.

Od Administracji.

*Zawiadamia się P. P. autorów prac oryginalnych z działu praktyki i artykułów poglądowych, że, począwszy od Nr. 18, **będą otrzymywali odbitki łamane (format książki) bezpłatnie w ilości 20 szt.***

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XIV. Posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek dnia 8 maja b. m. o godz. 6-tej wieczorem. Porządek dzienny: 1. Pokazy chorych; 2) Kol. Domaszewicz: **»O nowszych me odach pomocniczych w djagnostyce neurologicznej«.**

K. Zgórski, Przewodniczący. *K. Tyszka*, Sekretarz dor.

Łódź.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego, poświęcone pamięci zmarłego prof. Antoniego Mikulskiego, odbędzie się w dniu 20 maja. Zmarły, były dyrektor Szpitala dla umysłowo chorych w Kochanówce pod Łodzią, był wiceprezesem Towarzystwa i jednym z bardzo czynnych jego członków.

KONKURS.

Wydział Powiatowy Sejmiku Krzemienieckiego ogłasza niniejszem konkurs na posadę kierownika szpitala samorządowego na 15 łóżek z przychodnią w Poczajowie, oraz posadę kierownika przychodni samorządowej w Wyszogródku.

Do pierwszej przywiązane są pobory w/g VII. st. sł. płac urzędników państwowych i mieszkanie do 3 pokoi; do drugiej pobory w/g VIII. st. płac.

Lekarzom przysługuje prawo wolnej praktyki.

Osoby reflektujące na te posady winne dołączyć do podań następujące dokumenta:

1) Świadectwo obywatelstwa Polskiego.
2) Odpis dyplomu.
3) Curriculum vitae, znajomość języka rusińskiego pożądana.

Posady do objęcia zaraz.

Przewodniczący Wydziału Powiatowego:
Starosta: *Robakiewicz.*

L. dz. 1307/3.

KONKURS

»Wydział Powiatowy Sejmiku w Kowlu niniejszem ogłasza konkurs na posadę naczelnego lekarza sejmiku z poborami w/g VII. st. płac urzędników państw. oraz 25% dodatku komunalnego. Pierwszeństwo mają p. p. lekarze starsi, obznajomieni z pracą samorządową. Oferty z odpisami świadectw szkolnych, poświadczenia obywatelstwa Państwa Polskiego, oraz z poprzedniej pracy nadsyłać do Sejmiku w terminie nieprzekraczalnym do dnia 10. V. 1925 r.

Przewodniczący Wydziału Powiatowego:
w z. Starosta (—) *Kostołowski.*

L. 905|25.

Tymczasowy Zarząd Powiatowy w Dąbrowie koło Tarnowa ogłasza

Konkurs

na posadę lekarza okręgowego dla okręgu sanitarnego Szczucin, obejmującego 21 gmin z siedzibą w Szczucinie.

Obowiązki lekarza okręgowego określa instrukcja zawarta przy rozporządzeniu wykonawczem z 30, grudnia 1907. Dz. u. kr. Nr. 158. do ustawy z dnia 5. X. X. 1906. Dz. ust. kr. Nr. 148.

Do posady tej przywiązane są analogiczne pobory służbowe XII. grupy szczebel a) urzędników państwowych z wszystkimi dodatkami wedle ustawy z dn. 9. X. 1923. Dz. ust. Nr. 116 poz. 924, a nadto ryczałt na służbowe objazdy gmin i ryczałt na wydatki kancelaryjne, wreszcie prawo do emerytury w granicach postanowień ustawy z dnia 12. V. 1909 r. Dz. ust. kr. Nr. 68.

Posada ta nadaną zostanie narazie prowizorycznie.

Ubiegający się o tę posadę wykazać się musi prawem obywatelstwa Państwa Polskiego, nieprzekroczonym 40 rokiem życia, dyplomem lekarza uprawniającym do wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, conajmniej 2 letnią praktyką w zawodzie lekarskim czyli dowodem rejestr. w Województwie.

Należycie udokumentowane podanie wnieść należy do Wydziału powiatowego w Dąbrowie koło Tarnowa najpóźniej do dnia 15. maja 1925 r.

Czas objęcia posady 1 lipiec 1925 roku.

Komisarz Rządowy
Starosta: *Dr. Poniżakowski.* Sekretarz: *Kie czewski.*

Nr. 27|Prez|25. **Konkurs.**

Dyrekcja Kolei państwowych ogłasza konkurs na posadę kontraktowego lekarza okulisty z siedzibą w Stanisławowie.

Płaca miesięczna VII. grupy, szczebel »a« wedle ustawy z dnia 9. października 1923 roku o uposażeniu funkcjonarjuszów państwowych i wojska (Dz. U. R. P. Nr. 116. poz. 924. ex. 1923 r.).

Pierwszeństwo mają kandydaci, którzy wykażą się znajomościami w wykonaniu zabiegów heljo- i elektroterapeutycznych.

Termin wnoszenia podań upływa z dniem 15. maja 1925 r.

Bliższych informacyj udziela naczelny lekarz Dyrekcji kolei państwowych (biuro Nr. 28.).